413

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Mathilde MICHELOVSKY

Née le 15 Octobre 1888 à VILNA (Russie)

L'Hydarthrose Intermittente Périodique

Président : M. le Professeur DEBOVE

PARIS

LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince (VI^e^ Ar^t^). (Anciennement 8 Rue Casimir-Delavigne)

1912

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TESSIER
Pathologie chirurgicale	X.
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	CHAUFFARD GILBERT DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	PIERRE DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	X.
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DES SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LECÈNE	OMBREDANNE
BERNARD	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GRÉGOIRE	LERI	RETTERER
BROCA ANDRÉ	GUENIOT	LŒPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CARNOT	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBÉ MARCEL	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBECOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE		OKINCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées commepropres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur DEBOVE

A mes autres maîtres dans les Hôpitaux de Paris

MONSIEUR LE DOCTEUR LENOIR

MONSIEUR LE DOCTEUR LÉGRY

(Stage 1907-1908)

MONSIEUR LE PROFESSEUR ABRÉGÉ CASTAIGNE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

(Stage 1908-1909)

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

(Stage d'accouchement)

MONSIEUR LE DOCTEUR BAZY

(Externat 1909-1910

MONSIEUR LE DOCTEUR HUDELO

(Externat 1910)

MONSIEUR LE DOCTEUR TRIBOULET

(Externat 1911)

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

(Externat 1911-1912)

Nous tenons à remercier particulièrement

MONSIEUR LE DOCTEUR CHIRAY

qui a bien voulu nous fournir le sujet de notre thèse ainsi que l'observation inédite que nous apportons.

Nos remerciements à

MONSIEUR LE DOCTEUR DESTERNE

à l'obligeance duquel nous devons l'examen radiographique de notre malade.

Nous remercions de même

MONSIEUR LE DOCTEUR RIBIERRE

MONSIEUR LE DOCTEUR GANDY

qui ont eu l'amabilité de nous renseigner sur l'évolution ultérieure de leurs malades.

DÉFINITION

1) L'hydarthrose intermittente périodique est une maladie caractérisée par des hydarth.oses multiples prédominant aux genoux, se développant de façon cyclique par périodes de durée et d'intervalles fixes et s'accompagnant de réactions générales et locales extrêmement atténuées.

2) Les caractères fondamentaux de cette affection sont :

a) L'intermittence, qui est absolue au moins les premiers temps, car ultérieurement, dans l'intervalle des crises, l'articulation malade ne revient plus complètement à la normale.

b) La périodicité, qui existe soit pour la crise soit pour l'intercrise. La crise, en effet, présente 3 stades : stade d'augment., stade d'état, stade de retrait suivi d'un intervalle libre, de santé parfaite. La durée qui

sépare les crises est, elle aussi, d'une remarquable fixité.

c) L'indolence relative ; le malade peut souvent encore marcher avec l'aide d'une canne ou de béquilles. Par là, l'hydarthrose intermittente ressemble à une arthropathie tabétique.

d) La prédominance aux genoux, si bien que, pendant toute l'évolution, ces articulations sont atteintes au maximum et que, lorsque dans les phases avancées de la maladie d'autres articulations se prennent, les genoux restent le siège des lésions les plus importantes.

HISTORIQUE

Si nous nous reportons aux données des bibliographes, la première observation d'hydarthrose intermittente aurait été publiée par Perrin dans le journal médic. de Trousseau, en 1845. L'article est intitulé : Cas curieux de contracture partielle intermittente à type octane avec irritation violente et épanchement de sérosité dans plusieurs articulations.

Mais il s'agit là d'un cas fort douteux d'hydarthrose intermittente périodique et par contre de paludisme réel. Grandidier en a observé un cas à Bad Neundorf en 1851, il l'a rattaché au palidisme. Une troisième observation est prise à Tubingen en 1853, celle-ci est très caractéristique mais elle n'a été publiée que beaucoup plus tard en 1872. C'est donc en définitif Moore qui eut le mérite d'avoir le premier attirer l'attention sur ce curieux syndrome en 1864.

Depuis, les observations se sont succédées dans

tous les pays. Ainsi paraissent la thèse de Cononne en 1867 l'observation de Lœventhal en 1871, celles de Bruns Grandidier en 1872, de Roser et Bilicki en 1874. Jousset, Schmidt, Rejon, publient des observations en 1877 ; Le Dentu, Panas en 1878, Seeligmüller en 1880. Foidler, Kolbe, Vogt, apportent de nouveaux cas en 1881, de même Goix, Pletzer, Pierson, Rosenbach en 1886. L'observation de Nicolaysen, date de 1887, celles de Eschericht, Friedenberg de 1888, de Barnes et v. Brinken de 1887, de Koster, Sclunchard de 1892. Colonna, Kennedy et Grube publient de nouveaux cas en 1894, Chauvet en 1895. Le même, Senator en 1896, Blanc 1897, Weiss 1898, Bum et Schlesinger en 1899, Benda en 1900.

Puis suivent les observations de Bracket and Cotton et Linberger en 1901, celles de Marsh en 1904-05 ; Barker, Kamp en 1907 ; Healy fit un travail d'ensemble en 1908. En 1910 enfin paraissent plusieurs observations françaises, celles de Ribierre, Gandy, Caussade-Leven, Teissier-Chiray. L'observation de Ribierre a servi de sujet de thèse à son élève Marquet.

Malgré ce grand nombre d'observations, l'hydarthrose périodique est encore assez mal connue et sa pathogénie des plus discutée.

ÉTIOLOGIE

Cette affection survient à l'âge adulte, souvent bientôt après la puberté. Les deux sexes paraissent atteints avec une égale fréquence. L'influence de l'hérédité est à peu près nulle. Dans un seul cas ou on a observé l'hérédité similaire, la mère de la malade ayant présenté durant 20 ans la même affection articulaire. Les antécédents personnels ne sont pas beaucoup plus intéressants : la syphilis, le paludisme sont rares, ce que l'on retrouve plus souvent ce sont des adénopathies tuberculeuses, des rhumatismes articulaires et de l'hydarthose fixe apparue à la suite d'un traumatisme. Toutefois le rôle des traumatismes paraît très secondaire, il n'en est pas moins intéressant. Ainsi dans un cas, une chute sur le genou *droit* provoqua le réveil de l'affection à *gauche*, mais même lorsque l'hydarthrose apparaît du côté traumatisé, il ne s'y installe le plus souvent que plusieurs semaines, même plusieurs mois après l'acci-

dent. Nous en aurons fini avec ce chapitre lorsque nous aurons rappelé la fréquence des troubles thyroïdiens chez ces malades et l'influence de la grossesse qui presque toujours amène des rémissions dans les manifestations articulaires.

ÉTUDE CLINIQUE

Pour la clarté de notre exposé nous diviserons ce chapitre en plusieurs sous-chapitres :

A) Prodrome et début de la crise ;

B) Evolution cyclique et périodicité de la crise ;

C) Examen physique de l'articulation pendant la crise.

D) Troubles fonctionnels pendant la crise.

E) Etude de l'articulation à la fin et entre les crises.

F) Symptômes généraux.

G) Extensions aux articulations autres que le genou.

Prodromes et début de la crise. — Le plus souvent l'épanchement articulaire se fait brusquement sans cause apparente aucune. Le malade se couche parfaitement bien portant et se réveille le matin, avec un gros genou. Il n'en est pas toujours ainsi : l'épanchement peut être précédé de malaise général, de lassitude, d'abattement ou de sensations indéfinissables qui permettent aux malades de prédire jusqu'à l'heure de l'apparition de la

crise. Dans d'autres cas, il existe de la douleur prodromique siégeant tantôt dans l'articulation malade, tantôt à distance, dans la jambe, dans l'aine ou sur le trajet du sciatique. Quelquefois la crise s'annonce par une sensation de froid aux pieds, par des bouffées de chaleur à la tête, des vertiges, de l'injection des conjonctives, par de grands frissons qui font claquer des dents ou encore par de la pollakiurie et polyurie très pénibles.

Evolution cyclique et périodicité de la crise. — Le gonflement articulaire passe par trois stades : stade d'augment., stade d'état et stade de retrait, le tout dure le plus souvent 4-5 jours, quelquefois davantage, 6, même 8 jours, exceptionnellement plus de 11 jours. L'intervalle libre, c'est-à-dire le laps de temps compris entre deux crises, allant de la fin de l'une au commencement de l'autre, dure en moyenne de 6-10 jours. Le cycle complet ou *période* comprend l'évolution totale d'une crise suivie du stade de repos, il va par conséquent du début d'une crise au début de l'autre et dure environ 10-15 jours.

Lorsque deux articulations sont en jeu, par exemple les deux genoux, il est bien rare que la crise commence simultanément des deux côtés. Il se produit le plus souvent une sorte de balancement, l'acmé de l'une correspond à la phase de déclin de l'autre. Quelquefois il arrive que l'épanchement qui a débuté en second lieu évolue beaucoup plus vite que l'autre, de façon que la crise se termine presque simultanément des deux côtés.

L'alternance des épanchements est moins nette lorsque deux articulations différentes se prennent au cours d'un même accès, le genou et le coude ou le genou et la hanche. Lorsque plusieurs articulations se prennent les unes après les autres, la crise se prolonge et l'intervalle de santé parfaite se trouve singulièrement réduit à 24-48 heures, par exemple.

La crise débute généralement par une sensation de raideur, de tension dans l'articulation, puis apparaît le gonflement qui augmente progressivement pour arriver à son maximum le 2e-3e jour. Il s'y maintient pendant un jour ou deux pour diminuer ensuite plus ou moins vite. Pour fixer les idées, voici quelques chiffres empruntés à une observation.

14 août,	raideur du genou	qui mesure 40 cm.
15 —	7 h. du matin	genou 44 cm 1.
15 —	11 h. —	44 cm 9.
15 —	6 h. du soir	46 cm.
16 —	midi	46 cm.
17 —		44 cm 6.
18 —		43 cm 9.
19 —		42 cm 2.
20 —		41 cm.
21 —		40 cm.

Examen physique de l'articulation pendant la crise. — Lorsqu'on examine le genou à la période d'état, voici ce que l'on constate :

Le genou malade est très augmenté de volume,

« deux fois plus gros que l'autre», lisons-nous dans l'une des observations. Dans notre cas personnel, il rappelle à tous points un genou tabétique.

La peau est peu ou pas modifiée, de coloration normale, à peine plus chaude, lisse, tendue, luisante, sillonnée de grosses veines très saillantes, comme cela se voit si bien sur la photographie ci-jointe. A la palpation le genou est dur, on a la sensation de résistance élastique, le choc rotulien net dénote un épanchement intra-articulaire abondant.

Dans l'autre cas, il semble qu'on se trouve en présence d'une infiltration gélatiniforme intéressant non-seulement l'articulation, mais encore les tissus péri-articulaires et ne donnant pas de choc rotulien. L'épanchement distend surtout la partie supérieure de la synoviale, le cul-de-sac sous-quadricipital, en sorte que la tuméfaction affecte la forme de fer à cheval ouvert en bas. La rotule est souvent déplacée à droite ou à gauche, ce qui explique la possibilité de luxations récidivantes, observées à plusieurs reprises.

La mensuration lors de l'acmé de l'épanchement montre une différence de plusieurs centimètres, cinq à sept entre les deux articulations. Lorsqu'on est en état de faire des mensurations précises et multiples dans une même journée, la courbe des résultats obtenus montre que l'évolution de l'épanchement n'est pas d'une régularité mathématique, il varie d'une heure à l'autre dans des limites assez étendues ; d'autre part, il semble qu'il ne diminue

M. T. (Observation personnelle).

jamais la nuit, alors que le malade est au repos, fait assez surprenant.

Les mouvements actifs de flexion et d'extension sont possibles quoique plus ou moins limités.

Les mouvements passifs sont un peu plus étendus, lorsqu'on essaie de forcer la limite, on réveille des douleurs assez vives.

Troubles fonctionnels pendant la crise. — Dans la majorité des cas la douleur spontanée est peu prononcée. Les malades ne se plaignent guère que d'une sensation pénible de tiraillement de tension, peu augmentée par les mouvements.

Il n'en est pas toujours ainsi, bien des malades souffrent beaucoup. La douleur excruciante empêche le sommeil et ne cède pas toujours à la morphine. Plusieurs observations mentionnent des arthralgies périodiques alternant avec des hydarthroses.

L'impotence fonctionnelle est beaucoup moins marquée que dans l'hydarthrose banale. Souvent les malades vont et viennent, même au plus fort de leur crise quoiqu'ils boitent et qu'ils soient obligés de s'appuyer sur des cannes.

Etude de l'articulation à la fin et entre les crises. — A la troisième phase de la maladie l'épanchement se résorbe en une ou deux journées. C'est alors qu'on peut se rendre compte des modifications de la jointure. Il n'est pas rare de percevoir des craquements,

de sentir la synoviale épaissie. Dans trois observations on signale la présence de corps étrangers articulaires. Habituellement, cette phase se termine par une restitution *ad-intégrum* parfaite. Tout au plus persiste-il un peu de faiblesse de la jambe et au bout d'un grand nombre de crises un peu de gonflement du genou.

Symptômes généraux. — Telle est la physionomie clinique de la crise articulaire. Voyons quel est l'état général pendant l'attaque. Presque tous les auteurs accordent peu d'importance aux troubles de l'état général. Pourtant, lorsqu'on étudie attentivement un grand nombre d'observations on voit que si les élévations thermiques font défaut ou tout au moins sont très peu marquées, il n'en existe pas moins des malaises, de l'abattement, des cephalées, de la congestion de la face, de l'injection des conjonctives, des sueurs, des troubles digestifs, de la diarrhée, des troubles urinaires. Ces derniers méritent de nous arrêter un peu. Dans le cas observé par le Dr Chiray et nous-mêmes, les urines au moment de la crise deviennent rares (800 gr.), boueuses, couleur de bière foncée, il y a une décharge grave d'oxalate et de phosphates de chaux. Dans l'intervalle des crises elles sont claires abondantes. La polyurie est signalée encore dans d'autres observations ; en particulier nous lisons dans l'une d'elles que la crise passait plus vite lorsqu'il y avait de la polyurie. Nous ne reviendrons pas sur la pol-

lakurie et la polyurie prodomiques signalées plus haut. L'état visceral est bon. Le cœur, les reins, les poumons ne paraissent pas atteints. Tout au plus trouve-t-on une légère augmentation de la rate, de l'anémie et des symptômes de dysthyroïdie, qu'il s'agisse de phénomènes basedowiens-tachycardie, exophtalmie et augmentation de la thyroïde ou de myxoedème comme dans le cas de M. Ribierre où il y avait une infiltration gélatiniforme de la peau et de l'apathie.

Extension aux articulations autres que le genou. — Le tableau clinique que nous venons de tracer peut être modifié du fait des localisations articulaires. Le plus souvent, les genoux seuls sont atteints. Ils se prennent tantôt les deux à la fois, tantôt l'un après l'autre à quelques années de distance, tantôt enfin la maladie reste limitée à un seul genou. Dans d'autres cas l'affection atteint le genou et la hanche ou le genou et le coude ou encore le genou et la tibiotarsienne. Dans notre cas personnel, il y a encore participation des machoires. D'après l'une des observations, il semble qu'il y ait eu des poussées au niveau des vertèbres cervicales.

EVOLUTION

Après un début plus ou moins brusque, précédé ou non d'une hydarthrose fixe l'évolution de l'hydarthrose intermittent périodique est essentiellement chronique, entrecoupée de phases de rémissions spontanées parfois très longues, de plusieurs mois à plusieurs années.

Maintes fois les malades se croient guéris, mais à l'occasion d'un traumatisme, d'une fatigue, d'un refroidissement, il y a un réveil inopiné de la maladie. Il est à remarquer qu'on observe souvent, lors des récidives, non seulement une localisation articulaire différente mais encore un changement de la périodicité. Celle-ci est d'habitude d'une fixité remarquable. Néanmoins, lorsqu'on suit la maladie pendant un grand nombre d'années, on voit que le rythme change soit après une rémission, soit à la suite d'un traitement ou encore sans cause apparente aucune. En général, les crises tendent à se rapprocher ainsi par exemple dans l'observation de Fiedler,

le rythme était d'abord de 12 jours, plus tard de 9 jours. Dans notre observation personnelle il est passé de 10 jours à 8 jours. Les différences sont quelquefois encore plus considérables, ainsi dans le cas de Friedenberg nous le voyons tomber de 20 jours à 12 jours.

L'évolution est quelquefois modifiée par le traitement et, chose remarquable, presque toujours par la grossesse. Dans un cas les accès articulaires disparaissaient au troisième mois de la gestation pour reparaître au troisième mois de la lactation. Une autre fois ils faisaient défaut pendant deux grossessess successives.

Dans l'observation de Loeventhal nous lisons qu'elles manquaient dans *toutes les grossesses*. Dans un seul cas il semble que la gestation n'a eu aucune influence.

Il nous reste à relater un fait très curieux lui aussi : chez la malade de Pletzer il y eut alternance remarquable entre les manifestations basedowiennes et les crises articulaires.

Comment se termine cette affection ?

Il est bien difficile de répondre à cette question, étant donné qu'aucun de ces malades n'a été suivi jusqu'à sa fin, sauf la malade de M. Ribierre, encore s'agit il d'une mort par suicide. Quoiqu'il en soit, au bout d'un grand nombre d'années, les malades s'affaiblissent, deviennent anémiques, l'amaigrissement est considérable. Au point de vue local, il est à noter que la *restitution ad integrum* est de plus en

plus incomplète. L'articulation reste enflée dans l'intervalle des crises, des ankyloses se produisent, l'atrophie musculaire qui n'existait pas au cours des premières années ou n'était qu'ébauchée, devient considérable. L'hydarthrose finit souvent par devenir fixe.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les documents anatomo-pathologiques précis manquent presque complètement. Aucune donnée nécropsique. Nous possédons seulement un examen pratiqué au cours d'une arthrotomie (obs. de Le-Même). Un certain nombre de ponctions et 3 documents radiographiques, dont le nôtre qui a été étudiée avec un soin particulier au point de vue des lésions osseuses et synoviales.

Voici ce que dit Le Même dont la malade a été arthrotomisée : « Aucune frange saillante de la synoviale n'est aperçue, les surfaces cartilagineuses sont lavées, ne présentent pas de lésions. L'examen bactériologique est négatif. A l'examen chimique on trouve de l'albumine coagulable, de la mucine et du chlorure de sodium.

Le liquide de ponction a été quelquefois séreux, clair comme de l'eau, dans d'autres cas filant, visqueux, gelatiniforme. La culture et l'inoculation au cobaye ont été négatives, sauf dans le cas de Hart-

mann. Mais l'observation de cet auteur ne rentre pas dans le cadre de l'hydarthrose intermittente périodique, il n'y a donc pas lieu de se baser là dessus. L'analyse chimique ne révèle rien de bien caractéristique.

La synoviale paraît souvent épaissie, hypertrophiée et partiellement ossifiée ce qui explique la présence de corps étrangers articulaires. Les lésions des cartilages se révèlent par des craquements. L'examen radioscopique n'a été fait que dans trois cas, par Schlesinger, Linberger et par nous-mêmes. Les auteurs allemands ne parlent guère que de l'épaississement de la synoviale et des cartilages, il semble que les extrémités osseuses n'ont présenté rien d'anormal. Voici ce qu'on peut constater sur les radiographies de notre malade.

Examen de face. — Sur les plateaux tibiaux des deux côtés : encoches profondes. Exostose en épine dirigé en dehors à l'extrémité inférieure du condyle fémoral. Aspect rugueux des surfaces articulaires (tibia, condyle) par épaississement osteo-periostique. Sur le condyle droit épaississement osseux de la capsule. Epaissement et élargissement de la tête du péroné.

Examen de profil. — Mêmes signes : épine en avant du plateau tibial. Encoche sur le plateau tibial et la tête du péroné. Ossification du ligament capsulaire en avant. Opacité détachée du condyle dans l'épaisseur de la capsule. Epaississement de la rotule.

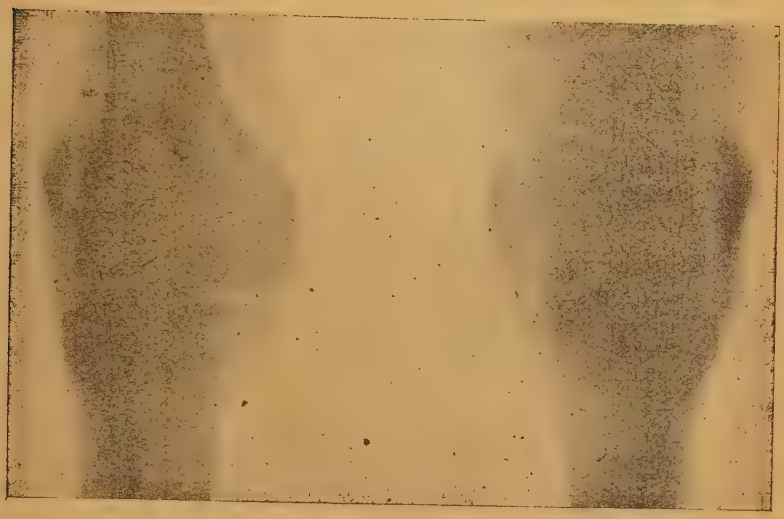

FIG. 3

FIG. 4

M. T..., (Observation personnelle)

PATHOGÉNIE

Les premiers auteurs qui ont observé l'hydarthrose intermittente périodique n'ont pas hésité à la rattacher au paludisme. Mais au fur et à mesure que les observations se sont multipliées on s'est aperçu que le paludisme était bien rare dans les antécédents de ces malades, que d'ailleurs la quinine même à hautes doses ne changeait que rarement le cours de l'affection. C'est alors qu'on a pensé à l'origine nerveuse du syndrôme. La majorité des auteurs le rattachent à une névrose vaso-motrice. En faveur de cette théorie on a invoqué les faits étiologiques suivants : l'état névropathique des malades, la fréquence de la maladie de Basedow plus ou moins nette.

Quant à l'état névropathique, il existe incontestablement chez beaucoup de ces malades, mais nous sommes porté à croire qu'il s'agit là d'un effet et non d'une cause de l'affection. Le syndrôme de

Basedow, lui, est considéré actuellement comme ayant une origine toxi-infectieuse.

La périodicité étant le symptôme caractéristique de l'affection, tous les auteurs se sont efforcés d'en expliquer le mécanisme, ainsi Fiedler pense que l'hydarthrose intermittente périodique est due à une variation périodique de l'excitibilité des vaso-moteurs. Mais on lui a objecté que la paralysie des vaso-moteurs n'a jamais produit autre chose que la congestion avec vaso-dilatation, qu'il n'a jamais été possible de reproduire l'épanchement par section des vaso-moteurs.

D'ailleurs, les partisans de la théorie nerveuse ne paraissent guère très satisfaits eux-mêmes. Ainsi Kamp écrit : on considère cette affection comme une névrose vaso-motrice, avec peu de raison d'ailleurs. Grube va plus loin, il fait remarquer qu'on désigne sous le nom de névrose « une maladie dont nous ne connaissons ni la nature ni la cause. »

Il est tenté d'attribuer à l'hydarthrose intermittente périodique une origine infectieuse ou toxi-infectieuse. Avant d'entrer dans les détails de la question, disons quelques mots de la théorie glandulaire de M. Ribierre. Cet auteur a obtenu de très bons résultats par le traitement opothérapique thyroïdien. Il semble que M. Lecène, lui aussi, a observé un cas dans lequel ce traitement a paru avoir l'action la plus nette. Notre malade y a été soumis sans aucun résultat, il en a été de même pour les malades de Gandy et de Limberger.

La théorie glandulaire perd, de ce fait, beaucoup de sa valeur. Presque tous les auteurs tendent à accepter la théorie infectieuse. Mais les difficultés et le désaccord surgissent lorsqu'il s'agit de spécifier la nature de l'infection et d'expliquer la périodicité des crises.

Voici l'hypothèse que propose von Brinken :

« La périodicité des crises, dit-il, est en rapport avec les phénomènes vitaux des micro-organismes. On pourrait se présenter qu'au bout d'un certain temps, le milieu devient impropre à la pullulation des micro-organismes. Ce n'est que lorsque les substances nuisibles se trouvent éliminées que leur activité recommence. Les micro-organismes pourraient se trouver dans la rate. Il y aurait lieu de faire des examens du sang au point de vue bactériologique. »

L'hémoculture a été faite, elle est restée négative; il en est de même du liquide de ponction.

L'allure essentiellement chronique de l'affection fait penser soit à la syphilis soit à la tuberculose. La syphilis ne paraît pas être en cause. On ne la retrouve que dans un seul cas (observation de Chauvet). Dans notre cas personnel le Wassermann a été négatif.

Le traitement mercuriel intensif institué quand même n'a donné aucun résultat.

L'hydarthrose intermittente périodique est-elle de nature tuberculeuse ?

C'est l'avis de Mauclaire. Il cite Konig et Poulet.

Pourtant, en lisant ces auteurs, on a l'impression qu'ils parlent non pas de l'affection qui nous occupe mais de l'hydarthrose récidivante banale dont la nature tuberculeuse a été soupçonnée depuis longtemps.

M. Ribierre en discutant cette question écrit : « la tuberculose est exceptionnelle.» La tuberculose pulmonaire en effet est exceptionnelle chez ces malades, mais nous la retrouvons dans leurs antécédents familiaux. Ainsi dans un cas, tous les frères et sœurs de la mère de la malade étaient morts de tuberculose pulmonaire. Dans un autre cas, la mère de la malade toussait, il y avait des bacilles de Koch dans ses crachats ; l'enfant de la même malade mourut de méningite tuberculeuse.

Elle même présentait de larges cicatrices au cou. Des adenopathies ou leurs traces se retrouvent encore chez les malades de Rejou-Panas Eschricht, v. Brinken, Senatar, Schuller, Jousset, Colonna.

Le malade de Koster avait présenté une affection des yeux de nature *scropuleuse*, celle de M. Ribierre du lupus. La tuberculose atténuée n'est donc pas aussi exceptionnelle que le pense M. Ribierre.

Seul, parmi tous les auteurs dont nous rapportons les observations, Colonne croit à la nature tuberculeuse de l'hydarthrose intermittente périodique. Voici ses arguments :

a) La mère de la malade est atteinte de tuberculose pulmonaire sûre.

b) La sœur de la malade est morte d'une hémoptisie foudroyante à la suite de couches.

c) L'enfant de la malade est mort à l'âge de 4 ans avec tous les signes de méningite tuberculeuse.

d) La malade elle-même a, sur le côté droit du cou, une cicatrice large de 4 cm, vestige d'une adénite bacillaire de l'adolescence, sans parler de l'habitus typique qu'elle présente.

e) Après la disparition de l'épanchement, la synoviale du genou gauche présentait une tuméfaction nettement constatable à la palpation.

Notre observation personnelle, elle aussi, plaide en faveur de la nature tuberculeuse de l'affection et cela pour deux raisons principales :

a) Depuis le mois de janvier 1912, notre malade présente de la tuberculose pulmonaire en évolution,

b) Il y a eu des poussées articulaires après chaque injection des J-Körper de Spengler.

Nous aurions souhaité faire un nouvel examen du liquide articulaire pour rechercher les anti-corps spécifiques de la tuberculose, mais le malade très fatigué n'a pas voulu consentir à la petite intervention.

En admettant la nature tuberculeuse de l'affection, qu'elle en est le mécanisme ?

Deux cas peuvent être discutés, il s'agit :

a) de manifestations d'ordre anaphylactique ;

b) de réaction de défense de l'organisme, les sé-

reuses articulaires détruisant les toxines tuberculeuses.

L'idée qu'il puisse y avoir des manifestations articulaires de nature anaphylactique a été émise déjà par Diem, en 1911, à l'occasion d'épanchements séreux apparus au niveau de plusieurs articulations après une injection de tuberculine T.-R. et dans un autre cas après l'injection de vieille tuberculine.

Mais ce n'est que dernièrement que cette question a été étudiée.

Voici les conceptions pathogéniques qui ont été proposées :

A) Des bacilles circulant dans le sang se fixent sur la jointure à la faveur de causes connues ou inconnues : traumatismes, appel d'un tubercule osseux ou médullaire latent. Si les bacilles sont nombreux et virulents ils produisent une tumeur blanche, s'ils sont rares et isolés il en résultera soit une arthrite fluxionnaire séreuse et congestive passagère, soit une arthrite fibreuse ankylosante, selon que la défense de l'organisme aura été plus ou moins énergique.

B) Les bacilles latents ou non contenus dans l'épiphyse osseuse n'envahissent pas la synoviale. Seules leurs toxines diffusibles pénètrent jusqu'à la séreuse. L'arthrite est toxinique bénigne. Chaque fois que les bacilles juxta-articulaires seront acti-

(1) Presse médicale 1er mai 1912. — Pathogénie des Arthropathies bacillaires, par Landouzie, Gougerot, Salin.

vés l'arthrite se produira. Cette activité des bacilles peut être de cause locale, provoquée par l'accroissement du foyer tuberculeux épiphysaire, plus souvent l'activation sera due à des décharges toxiniques générales déterminées par une poussée de tuberculose pulmonaire ou viscérale. Les bacilles juxta-articulaires sensibilisés comme par une injection de tuberculine secrèteront une plus grande quantité de toxines et provoqueront une poussée articulaire.

c) *Réaction des tissus articulaire sensibilisés à une décharge toximique.* — La tuberculisation antérieure d'un organisme peut le sensibiliser ; un foyer de tuberculose guérie peut subir une reviviscence lors de l'injection des toxines en un autre point de l'organisme. On sait, par exemple, qu'une intra-dermo une sous cuti ou oculoréaction après avoir été positive et complètement disparue peut reparaître quelques jours plus tard à la suite d'une nouvelle injection de tuberculine en un autre point de l'organisme. Ce que fait une injection de tuberculine une poussée toxémique peut le faire.

Gougerot a vu des intra dermo-réactions et oculoréactions se réactiver spontanément à la suite d'une poussée de bacillose pulmonaire sans nouvelle injection de tuberculine. La jointure guérie qui a détruit les bacilles ou centralisé les toxines, ne peut-elle pas rester sensibilisée, comme le tégument cutané ou muqueux qui fut tuberculisé ? Vienne une décharge toxemique, en raison de la persistan-

ce de cette sorte d'anaphylaxie locale, l'articulation réagit sous forme de fluxion sans que des bacilles aient besoin de se fixer de nouveau sur la séreuse articulaire. (Arthrite anaphylactique). En un mot, dans un premier temps, une bacillisation articulaire ou juxta-articulaire a provoqué une imprégnation d'une ou de plusieurs articulations. Dans un deuxième temps, la toxémie générale fait apparaître l'arthopatie.

Si la première imprégnation est restée latente, la réaction anaphylactique paraît la première atteinte articulaire.

Si la première atteinte s'est traduite par une arthrite, la réaction anaphylactique paraît une récidive, et ainsi s'expliquerait la fréquence des récidives en clinique humaine. Cette troisième conception pathogénique n'est nullement incompatible avec les autres théories. En effet, la sensibilisation anaphylactique attire à nouveau les bacilles circulants (1re hypothèse), elle multiplie les effets de la tuberculisation locale par des bacilles juxta-épiphysaires lors d'une nouvelle décharge toxinique de ses bacilles.

Nous pensons que l'hypothèse si séduisante d'une arthrite anaphylactique est applicable également à l'hydarthrose intermittente périodique. En effet, l'hydarthrose cyclique est souvent précédée d'une hydarthrose fixe au cours de laquelle se ferait la sensibilisation de la jointure. Cette imprégnation

pourrait très bien être due à la présence de foyers bacillaires juxta-articulaires latents. Le début de la maladie remontant souvent à l'adolescence, rend cette hypothèse probable.

Reste la question de périodicité. Elle pourrait peut-être s'expliquer par ce que nous savons de l'anaphylaxie en général. Les expériences faites sur des animaux en état d'anaphylaxie montrent :

a) Que le choc anaphylactique ne peut pas être provoqué plusieurs fois de suite, sans intervalle entre les deux expériences.

b) Que la dose à laquelle est faite l'injection déchaînante n'est pas indifférente pour la réussite de l'expérience.

c) Qu'une seule injection déchaînante peut provoquer des accidents anaphylactiques en série.

En admettant la nature anaphylactique de l'affection nous sommes tout naturellement amenés à considérer les phénomènes généraux observés dans beaucoup de ces cas : lassitudes, abattements, sueurs, angoisses, injection des conjonctives, tachycardie, diarrhée, pollakiurie et polyurie comme dûs à la circulation de poisons dans le sang.

Beaucoup de ces accidents ont été observés dans la sérothérapie antituberculeuse.

Les faits cliniques observés viennent d'ailleurs à l'appui de ces considérations théoriques. En effet, l'anémie, les troubles voso-moteurs, la splénomégalie signalée si souvent dans les observations

d'hydartrose intermittente périodique sont des manifestations fréquentes de la tuberculose larvée au non. Il en est de même des lésions thyroïdiennes, car, si la tuberculose folliculaire de la thyroïde est rare et très difficile à reproduire expérimentalement il n'en est pas de même des lésions inflammatoire non folliculaires. Celles-ci font souvent partie du tableau clinique de la tuberculose larvée.

Or, il est logique de penser que l'insuffisance fonctionnelle de la tyroïde ne fait que favoriser l'éclosion d'accidents toxiques qui, dans le cas particulier, se traduisent par l'hydarthrose intermittente périodique. Le traitement opothérapique pourra donc, dans certains cas, donner de très bons résultats.

L'influence heureuse de la grossesse s'explique très probablement par la suractivité fonctionnelle qu'elle imprime à l'organisme en général et à la thyroïde en particulier.

DIAGNOSTIC

Les éléments essentiels pour le diagnostic sont l'intermittence et la périodicité régulière des crises articulaires.

Le diagnostic différentiel est à faire.

1) Avec l'hydarthrose intermittente paludéenne. Les accès articulaires coïncident avec les accès de fièvre. Guérison par la quinine.

2) Avec les hydarthroses récidivantes symptomatiques :

a) d'un foyer d'osteomyélite épiphysaire.

Le diagnostic se fait par la radiographie. Guérison par la trépanation de l'os.

b) h. sympotomatique de la syphilis. Guérison par le traitement mercuriel.

c) h. tuberculeuses.

Dans ces trois derniers cas l'hydarthrose n'affecte jamais l'intermittence et la périodicité régulières de l'affection qui nous occupe.

Lorsqu'il y a des déformations articulaires permanentes le diagnostic est à faire avec :

3) L'arthropathie tabétique, dont elle se rapproche par l'indolence. Rechercher le signe Argyll-Robertson et les autres symptômes du Tabès.

Dans la forme polyarticulaire de l'hydarthrose intermittente périodique, faire le diagnostic avec le rhumatisme articulaire aiguë qui s'en distingue :

A) par la fièvre ; B) les douleurs ; C) les lésions cardiaques.

TRAITEMENT

Tous les traitements locaux et généraux ont été essayés :

Localement. — Les révulsifs, la teinture d'iode, les vésicatoires, setons, raies de feu, glace, ouate, plâtres, ponctions, même l'arthrotomie.

A *l'intérieur*, on a administré le plus souvent la quinine, l'arsenic, le fer, le salycilate, la strychnine, l'iodure de potassium, l'ergotine. Parfois on a obtenu des rémissions plus ou moin longues, mais comme les rémissions spontanées sont fréquentes, il est difficile de faire la part du traitement.

Dans la grande majorité des cas, tous les traitements externes et internes ont échoué, y compris l'électrothérapie et des cures d'eau.

Ainsi, par exemple, le malade de Schlesinger a subi sans aucun résultat les traitements suivants :

Immobilisation, massage, compression, réfrigéra-

tion, bains chauds, douches, bains sulfureux, bains de vapeur, bains d'air, galvanisation, faradisation, pommades iodées, l'iode à l'intérieur, quinine, fer, salycilate de soude, arsenic. Le tout sans la moindre amélioration. Un séjour en Italie n'a pas apporté de soulagement.

Il semble que c'est l'arsenic qui donne les meilleurs résultats. Il a été employé soit sous la forme de liqueur de Fowler, soit associé à la strychnine et au fer.

Dernièrement, M. Ribierre avait obtenu de bons résultats par le traitement opothérapique thyroïdien. Mais le même traitement, institué chez d'autres malades, n'a pas amené d'amélioration.

L'insuccès des traitements n'a rien de surprenant pour qui admet la nature tuberculeuse de l'affection. Malheureusement, nos connaissances des traitements spécifiques de la tuberculose sont encore trop insuffisantes pour nous prononcer sur cette question.

OBSERVATIONS

OBSERVATION (personnelle, 1912).

M. T.,âgé de 28 ans, ne présente aucun antécédent héréditaire intéressant. Il a fait son service militaire à l'hôpital militaire de Béjin en qualité d'infirmier. Blennorrhagie au service. Ethylisme professionnel léger, (le malade est cuisinier). L'affection articulaire a débuté en 1899 à l'âge de 14 ans 1/2.

A ce moment survint une luxation en dehors de la rotule gauche suivi d'hydarthrose considérable qui dura de 2 à 3 mois et finit par guérir complètement. Le malade nous dit que sa jambe était énorme à ce moment-là et qu'elle présentait des veines très saillante.

5 ans plus, 1904, récidive du même côté. Il est intéressant de se demander si cette luxation était cause ou effet de la maladie. Toujours est-il qu'un traumatisme est souvent le point de départ de l'hydarthrose périodique. En 1905, le genou droit et toute la jambe enflèrent. L'hydarthrose ap-

paraît à droite. Peu de temps après, le genou gauche se prend. Presque en même temps, l'état général devient mauvais : des malaises fébriles avec frissonnements apparaissent, de même des maux de tête en casque. Les digestions sont difficiles, mais il n'y a ni vomissements ni diarrhée. L'état neurasthénique s'accentue. Le malade a des accès de mélancolie, il a peur de mourrir. En même temps on le voit maigrir rapidement. Grave décharge d'oxalate et de phosphate de chaux dans les urines.

L'hydarthrose chronique persiste jusqu'en janvier 1909. A ce moment-là elle prend le type périodique. Le cycle d'augment, d'état stationnaire et de retrait du gonflement articulaire dure en moyenne et avec une régularité frappante 10 jours ; le maximum correspond en général au cinquième jour. A ce moment l'hydarthrose est réellement considérable et la déformation articulaire telle que la première pensée est qu'il s'agit d'une arthrite tabétique. Tout ce cycle se produit sans réaction inflammatoire et sans autre conséquence qu'une tension pénible, à peine douloureuse et un léger degré d'impotence fonctionnelle. La périodicité est, de plus, alternante pour les deux articulations, en ce sens qu'il se produit un véritable balancement entre les deux épanchements, la phase d'augment de l'un correspondant le plus habituellement à la phase de retrait de l'autre. Lorsqu'on examine le genou au moment de la poussée articulaire voici ce que l'on constate : de grosses veines saillantes et tendues sillonnent toute la région.

Le genou est plus chaud et surtout plus solide, dit le malade que dans l'intervalle des poussées. Il marche mieux qu'au déclin de la crise lorsque son genou devient mou. A la palpation on a une sensation de résistance élastique qui semble tenir non seulement à l'épanchement intra-articu-

laire, mais encore à l'infiltration des parties molles péri-articulaires. La rotule est déplacée à droite ou à gauche, le choc rotulien net. La synoviale est épaissie, moins souple et présentant certain points indurés qui correspondent sans doute aux constations radiographiques — ossifications partielles — pouvant expliquer la présence de corps étrangers articulaires. Au plus fort de la crise la circonférence maximum est de 43 cm. à droite et de 41 cm. à gauche. A la période de décroissance on note 41 à droite, 39 à gauche. Ce peu de différence tient à ce que les genoux ne reviennent plus depuis quelque temps, à la normale même dans l'intervalle des poussées. Comme il s'agit d'un malade de ville, il ne nous a pas été possible de faire des mensurations multiples dans la même journée, ni même de les faire régulièrement tous les jours à la même heure ce qui serait nécessaire pour construire des courbes. Néanmoins, nous avons pu constater lors de la période de déclin, que le genou diminue dans la journée alors que le malade se fatigue, il diminue très peu dans la nuit alors que le malade est au repos. Le genou a été ponctionné en 1910 par M. Teissier. Voici ce qu'il en dit : « le liquide retiré par ponction aspiratrice de l'articulation du genou avec grande difficulté en raison de son caractère filant et visqueux, était clair, de coloration jaune et présentant les caractères objectifs de la synovie. Le liquide se trouble fortement par addition d'eau et coagule à 80°. La composition pour o/o est la suivante :

fibrines	1 gr. 32
nucles albumines	0 18
graisse	0 23
extrait sec	1 27
cendres	2 10
chlorures	2 00

Réserve faite de la fibrine qui témoigne de la nature légèrement inflammatoire du liquide, sa composition se rapproche de la composition normale essentiellement variable de la synovie. Après centrifugation, l'examen cytologique permet de déceler l'existence exclusive de polynucléaires normaux, non altérés. L'examen bactériologique, la culture furent négatifs.

La radiographie a montré les lésions de rhumatisme chronique déformant. (Voir la planche et la légende).

Les phénomènes fonctionnels sont très réduits, il existe une sensibilité plus marquée de l'articulation pendant la poussée. Toutefois la douleur est peu intense, ne paraît pas exacerbée par les mouvements, et n'empêche pas le malade de venir consulter en marchant appuyé sur une ou deux cannes.

Quant à l'état général, il est plus ou moins troublé pendant la crise. L'attaque s'annonce par des sensations indéfinissables suivies d'un gros malaise, de céphalée, de diarrhé. La température monte à 38°2, 38°4, le soir ; elle est à 37°-37°3 le matin.

Le pouls bat à 100-110. En même temps les urines deviennent moins abondantes (800 gr.) troubles, couleur de bière foncée. Il se produit une déchargé d'oxalates et de phosphates de chaux. A la fin de la crise polyurie. Dans l'intervalle des attaques les urines sont claires et abondantes. Voici l'analyse chimique :

URINE PENDANT LA CRISE

Volume : 850 gr. ; *Densité* : 1.030. *Réaction acide.*

Dépôt : nombreux cristaux d'oxalates et de phosphates de chaux, quelques leucocytes et cellules épithéliales.

Acidité par 24 h.	3.80
Résidu total.	51.85

Matières minérales.	15.55
Matières organiques.	36.29
Azote total	12.24
Urée	22.44
Acide urique	0.45
Chlorures.	9.52
Acide phosphorique.	1.78

Pas d'albumine.

URINE DANS L'INTERVALLE DES CRISES

Volume : 12.50 ; *Densité* : 10.20 ; *Réaction acide.*

Dépôt : floconneux, blanc, dense. Petite quantité de pus, leucocytes dans le dépôt, quelques hématies, pas de cylindres.

Extrait sec.	50.2
Matières organiques.	32.29
Matières minérales.	16.71
Urée	27.71
Azote urique	12.61
Azote total	15.29
Acide urique.	0.69
Phosphore (P 2 O 5)	3.06
Chlorures.	9.51

Légères traces d'albumine.

Jusqu'en 1910 les genoux étaient seuls atteints ; depuis, les coudes se sont pris également en commençant par le coude gauche. Mais il n'y a jamais eu de poussées périodiques nettes au membre supérieur. L'hydarthrose était fixe dès le début et fort douloureuse, elle a amené rapidement l'ankylose des coudes en demi-flexion. Depuis 1911 il

semble partout qu'il y ait eu de petites poussées périodiques même au niveau du coude.

Voici comment a évolué cette affection curieuse : au début les poussées articulaires du genou étaient suivies de régression complète, il ne persistait qu'un peu de faiblesse. L'alternance des poussées était des plus régulières, la période très exactement de 10 jours, les rémissions nombreuses. Plus tard apparaît une ankylose légère avec atrophie musculaire et un peu de gonflement du genou même dans l'intervalle des crises. L'hydarthrose est devenue persistante depuis un an en présentant des poussées dont la périodicité n'est plus guère que de 8 jours.

De plus, l'alternance des poussées articulaires n'est plus aussi régulière, quelquefois les poussées maxima coïncident. Ces derniers mois le genou droit reste d'ailleurs continuellement distendu sans modifications, tandis que les poussées intermittentes continue à gauche. L'atrophie musculaire est devenue énorme. Le malade ne peut plus faire que quelques pas, courbé en deux en s'appuyant sur deux cannes. Le coude gauche est énorme, l'avant-bras fixé en demi-flexion par une demi-ankylose. Le coude droit est moins pris mais bien malade quand même. Les épaules n'ont rien. De temps à autre les mâchoires se prennent, il en résulte de la gêne pour ouvrir la bouche. L'amaigrissement a été progressif. Le poids du malade de 67 kilos en 1910 est tombé à 53 kilos en 1911 ; il n'était plus que 40 kilos au début de cette année (1912) pour une taille de 1 m. 83, l'émaciation du malade est donc extrême.

L'anémie, elle aussi, s'est encore accentuée depuis 1910. L'examen du sang fait à cette époque avait dénoté 3.360.000 hématies avec hématoblastes en grand nombre et formule leucocytaire à peu près normale.

Polynucléaires	73	o/o
Gr. mononucléaires	8	—
Lymphocytes	17	—
Eosinophiles	1	—
Mastzellen	0.3	—

La rate est augmentée de volume. Au moment des poussées les ganglions de l'aine deviennent quelquefois douloureux mais augmentent peu de volume. Il y a un léger mouvement fébrile. Depuis quelques mois une albuminurie légère a fait son apparition. L'état visceral était resté assez satisfaisant jusqu'en 1911. Il n'existait aucun trouble cardio-vasculaire. Le malade ne toussait pas, ne crachait pas. Il n'y avait aucun phénomène d'insuffisance thyroïdienne, ni paludisme, ni syphilis. Le wassermann fut négatif. Le traitement mercuriel intensif institué quand même n'a d'ailleurs donné aucun résultat.

Il en a été de même pour tous les autres traitements, en particulier pour la quinine, le traitement thyroïdien. C'est alors que nous avons essayé les J. K. Spengler. *Les genoux devenaient douloureux après chaque injection,* ils gonflaient tout d'un coup quelques heures après la piqûre. Le soir-même des douleurs sourdes apparaissaient dans le genou et augmentaient le lendemain. Il semblait y avoir amélioration en ce sens que l'appétit était meilleur, les crises moins régulières, la marche plus faciles. Mais le mieux n'a persisté que pendant deux mois environ. Depuis le début de 1912 on constate tous les signes *d'une tuberculose pulmonaire en évolution.*

OBSERVATION I (Moore, 1867)

Femme, 43 ans, a eu la fièvre intermittente étant jeune fille. Puis pendant 8 ans, pas de symptômes paludéens.

Après un effort, gonflement peu douloureux du genou droit qui dura trois jours. Répétition de ce gonflement d'abord tous les 30 jours puis tous les 21. Pendant la grossesse les attaques manquèrent du 3e mois de grossesse au 3e mois après l'accouchement ; puis reparurent avec des intervalles de 9 jours pendant 18 ans. Corps mobile articul. sans symptômes de pincement. Rate un peu augmentée de volume (bonne santé d'ailleurs). Rien de pathologique en dehors de cela. Quinine sans influence.

OBSERVATION II (Moore, 1867)

Jeune fille, 21 ans, jamais de fièvre paludéenne. Après nettoyage d'un escalier en pierre, premier gonflement. Intervalle de 12 jours. Durée du gonflement 2-5 jours. Corps mobile articulaire. Peau du genou malade, rouge, chaude. Genou très sensible. Pendant l'attaque douleurs violentes. De temps à autres douleurs dans le bras droit et le genou gauche, mais jamais de gonflement. Période régulière ne coïncidant pas avec les attaques. Tachycardie pendant les accès.

Quinine. — Diminution graduelle du gonflement et des douleurs.

OBSERVATION III (Canonne, 1867)

P... Marguerite, 27 ans, cuisinière, salle Ste-Jeanne, n° 6.

Au moment de son entrée, le 24 novembre 1866, elle présente une tuméfaction du genou droit accompagnée d'une légère douleur et d'une sensation de craquement pendant les mouvements d'extension et de flexion de l'articulation.

On reconnaît là facilement une hydarthrose ; il n'y a pas de corps étranger. Cette affection, parfaitement connue en elle-même, présente dans ce cas particulier une marche tout à fait spéciale, très intéressante et qui va ressortir des renseignements fort précis donnés par la malade elle-même. Elle fait remonter le début de sa maladie au mois de juillet 1866, c'est-à-dire à 5 mois environ. Il y avait six semaines qu'elle était accouchée lorsqu'un premier épanchement, mais celui-ci dans l'articulation tibio-tarsienne du côté droit, attira son attention.

Bientôt après, cet épanchement diminue de volume, celui de l'articulation du genou fait alors son apparition, augmente peu à peu, arrive à son apogée et lui succède, en un mot, au moment où le premier disparaissait pour ne plus revenir. Après quatre jours de durée le gonflement du genou disparaît aussi, mais bien différent en cela de l'épanchement tibio-tarsien ; au bout de quinze jours, il reparaît avec la même intensité et les mêmes phénomènes. Ainsi, supposons que l'épanchement apparaissant mardi matin, soit arrivé le mercredi soir au maximum de son développement, puis ait complètement disparu le vendredi ; quinze jours après, c'est-à-dire le vendredi, il apparaissait de nou-

veau ; en un mot, il s'écoulait 15 jours entre la fin d'un premier accès et le commencement du second.

Cet état dura trois mois, puis l'hydarthrose au lieu de se reproduire toutes les deux semaines et durer quatre jours, se reproduisit toutes les deux semaines, mais ne persista plus que pendant deux jours.

L'articulation est maintenant moins douloureuse au moment de l'accès qu'elle ne l'était au début, mais le gonflement n'est pas moindre.

La malade est d'une bonne constitution. Sa santé antérieure a toujours été excellente ; elle n'a jamais eu d'affection vénérienne. Son accouchement s'est effectué sans accidents et elle a nourri son enfant pendant 9 jours.

Une fois l'intermittence de son affection bien constatée, son genou a été soumis au traitement ordinaire des hydarthroses (teinture d'iode, vésicatoire, immobilité) sans amener de résultats bien sensibles. On lui a fait prendre également des pilules d'arseniate de soude.

OBSERVATION IV (Loewemthal 1871)

Mme K. Sch., 36 ans, entrée le 20 juin 1871.

La veille, l'examen fut fait par M. Hofrat Fredreich qui constate une configuration absolument normale des deux genoux, même forme, même circonférence, absence de douleurs à la pression, aux mouvements.

Antécédents : Elle a été bien portante jusqu'à son mariage à l'âge de 22 ans. Depuis, 5 grossesses, dont 2 avortements. Accouchements tous difficultueux, mais spontanés. De 3 enfants nés à termes deux sont vivants et bien portants,

âgés de 8 et 10 ans. Après le premier accouchement il y a 13 ans, péritonite dans les suites de couches. En dehors de celà bonne santé. Règles très abondantes, reviennent régulièrement toutes les 4 semaines, douleurs lombaires à ce moment. Constipation. Appétit, sommeil bons.

Il y a 7 ans, elle vit débutés sans cause apparente aucune l'affection suivante : le coude droit enfle toutes les 3-4 semaines. Le gonflement restait constant pendant 1 jour puis regressait en quelques jours pour revenir au bout de plusieurs semaines en évoluant de la même façon qu'avant. L'articulation n'était jamais rouge, il n'y avait jamais de douleurs avant l'épanchement. Ce n'est que lorsque celui-ci atteignait son maximum qu'il se manifestait une certaine gêne dans l'articulation devenue dure. Les mouvements provoquaient de la douleur. Cette affection durait 6 mois, puis disparait après l'application d'un vésicatoire avec plaie maintenue ouverte pendant quelques jours. Deux ans plus tard, il y a par conséquent un an et demi, mêmes gonflements périodiques du genou gauche, à peu près toutes les quatre semaines sans coïncider avec la menstruation. Puis les intervalles devenaient de plus en plus courts et depuis un an le gonflement du genou gauche se répète avec une précision méthématique tous les 12 jours. La malade les prédit d'avance. La crise dure 5, 6 jours. Premier jour, le genou devient plus gros ; deuxième jour, il augmente encore, atteint son maximum, il est très tendu. 3e-4e jours, il diminue, devient mou. Les 5e-6e jours, toute trace de l'affection disparait.

Dans l'intervalle, la malade se sent très bien, s'occupe de son ménage, exerce tous les mouvements avec facilité. Même pendant le gonflement, la marche n'est pas impossible, mais les 2e-3e jours de la crise, la malade éprouve une cer-

taine tension dans le genou qui l'oblige à garder le lit. L'articulation n'est jamais rouge, jamais douloureuse. L'intensité de l'épanchement varie dans des limites assez faibles, elle est, à peu de choses près, la même dans tous les accès. Toutefois, la malade nous dit que l'épanchement est un peu plus abondant lorsqu'il coïncide avec les règles. Les accès périodiques font défaut pendant toutes les grossesses. La malade a des palpitations pendant la crise articulaire, jamais en dehors de l'attaque. Lorsque l'épanchement regresse, la secrétion urinaire augmente et l'urine devient très claire. Le jour de son entrée, 20 juillet, premier jour de l'accès, on fait les constatations suivantes :

La malade est d'une constitution gracile, faible, mal nourrie, d'aspect anémique. (Elle attribue cette anémie à l'abondance des règles.) Les globes oculaires sont saillants. La thyroïde n'est pas augmenté de volume. Pas de troubles viscéraux. L'utérus en rétroversion et rétroflexion. L'urine claire, limpide, paraît normale, d. 1022, T. 37°, pouls 116 (elle se plaint de palpitations).

Le genou gauche est plus gros que le genou droit (la veille, il n'y avait encore rien). Les dépressions juxtarotuliennes semblent remplies par une masse de consistance pâteuse. L'articulation est de coloration normale, indolore aussi bien à la pression qu'aux mouvements.

Mensuration à midi : 33 cm à gauche 20 cm à droite.

— le soir : 34 cm — 30 cm —

Le 21 juillet, T. 37°4, pouls 132, palpitations.

Le genou gauche mesure 39 cm. Sensation pâteuse à la palpation de toute la face antérieure du genou. Ballottement net de la rotule qui nage dans le liquide, 4 bourrelets saillants autour de la rotule. Pas d'épanchement entre la rotule et la peau. La partie postérieure et les parties laté-

rales de l'articulation paraissent normales. Pas de rougeur, pas de douleur ni à la pression ni aux mouvements. A la flexion exagérée, tension douloureuse.

La malade est au lit depuis son entrée. Elle dit que l'accès est atténué et l'attribue au repos au lit. A midi, même état.

Le soir, T. 37°2, pouls 116, genou gauche 34 cm 1/2, droit 30 cm. Palpitations moins fortes.

22 juillet (3e jour de l'accès). Le matin, la région rotulienne a une consistance moins pâteuse. Genou gauche, 34 cm, T. 37°, pouls 108, peu de palpitations. Genou moins tendu que la veille, à midi, le soir.

23 juillet matin. Un peu de palpitations, pouls 92, la malade est fatiguée, genou 33 cm 1/2. Diurèse peu augmentée. A midi, peu de changements; le soir, plus de palpitations, genou 33 cm.

24 juillet	au matin	pouls 72	genou 33 1/2		
—	à midi	— 76	— 32		La malade se sent bien.
—	le soir	— 72	— 31 1/2		
25 juillet	au matin	— 76	— 31		
—	le soir	— 72	— 30		

Le 26 juillet les deux genoux sont absolument pareils à tous les points de vue. La malade se sent bien, elle nous quitte.

1er août. Nouvelle attaque. De même le 13 août.

La malade a été soignée depuis longtemps par le docteur Dittmar, sans aucun succès.

Des dérivations locales, frictions à l'iode, fer, quinine, cure à Wisbaden n'ont amené aucune amélioration. Le gonflement se répète avec la régularité des accès de malaria dit le docteur Dittmar.

OBSERVATION V (Grandidier Bei Neundorf 1851).

M. v. S. 44 ans, issu d'une famille de goutteux, mais robuste, bien portant en général, avait souffert, autrefois, de vagues douleurs rhumatismales. Puis brusquement sans cause apparente aucune, gonflement du genou droit, qui prit bientôt un type périodique en se répétant tous les 14 jours.

L'attaque commençait par une sensation de tension moyenne du genou qui augmentait pendant 3-4 jours, arrivait à son point culminant le 5e jour pour disparaître complètement le 7e jour. Deux fois, j'eus l'occasion de le voir à Neundorf et de me convaincre de l'exactitude de ses constatations. Pendant l'acmé le gonflement atteignait des dimension d'une tête d'enfant. On voyait à la face antérieure du genou de part et d'autre de la rotule ainsi qu'au dessus et au dessous d'elle des masses fluctuantes qui correspondaient exactement aux limites de la capsule articulaire. On sentait nettement la rotule qui divisait la tumeur en deux partie, droite et gauche. On faisait facilement passer le contenu de la capsule de droite à gauche, mais non pas de haut en bas.

Absence complète de rougeur, chaleur. De même, pas de gêne fonctionnelle en dehors de celle qui était due à la distention énorme de la peau. Dans l'intervalle des épanchements, le genou droit ressemblait absolument à l'autre, ne gênait ni la marche ni l'équitation. L'état général était parfait.

Teplitz et Marienbad n'avaient pas eu de résultats. La maladie durait ainsi depuis des années et ce ne fut que l'em-

ploi 3 fois répétés des bains sulfureux et sulfobouéux de Neundorf qui amena des rémissions de 2-3 années sans empêcher l'affection de récidiver. Plus tard, une cure d'eau artificielle de Karlsbad, eut de bons effets, quoique moins durables. Le malade s'y soumettait tous les ans, s'il y manquait une fois, les accidents reparaissaient infailliblement. Déjà à cette époque j'avais désigné cette affection comme sécrétion intra-articulaire anormale intermittente et j'avais conseillé la quinine. Je ne sais pas si mon conseil a été suivi car il me manque des renseignements sur l'évolution ultérieure.

OBSERVATION VI (Grandidier 1871).

Mme B., 57 ans, de bonne constitution et auparavent bien portante subit en 1870 une entorse du genou droit, à la suite de quoi elle fut obligée de rester au lit pendant 2 mois. Au printemps 1871, à l'occasion d'une longue promenade et d'une grande fatigue, apparut brusquement une douleur intense du genou accompagnée de fièvre, de perte d'appétit, de troubles de l'état général. En même temps, le genou enflait, devenait douloureux à la pression, la peau de la région malade rougissait, on constatait de la fluctuation dans l'articulation.

Comme on se croyait en présence de rhumatisme articulaires, badigeonnages à la teinture d'iode. Celle-ci ne fut pas supportée, il y eut augmentation des troubles et forte éruption vésiculeuse. On supprime la teinture d'iode. La guérison survint au bout de 8 à 10 jours. Au bout de peu de temps nouvelle crise qui se termina spontanément en 5 jours.

Depuis les attaques articulaires se répétait tous les 11 jours, le gonflement était toujours le même, durait 5 jours et disparaissait sans altération de l'état général. Pendant l'accès les mouvements étaient douloureux et forçaient la malade à rester au lit. Je constatais le même état lorsque la malade fut soignée, à Neundorf, en été 1871, où l'attaque se répéta trois fois : sans prodomes, ni fièvre, ni troubles de l'état général le gonflement du genou évoluait toujours avec la même physionomie. A l'acmé le genou malade était presque deux fois plus gros que l'autre. L'épanchement se faisait exactement dans les limites de la capsule, on ne pouvait pas méconnaitre le choc rotulien. Dans les intervalles libre le genou paraissait complètement normal comme aspect et aussi au point de vue fonctionnel. La cure de Neundorf, au dire de la malade, a amené quelque amélioration, mais pas de guérion. Tous les moyens locaux employés antérieurement étaient restés sans résultats. Il n'y eut d'amélioration véritable que lorsque la malade prit en hiver 1871-72 1 gr. de quinine par jour.

Les accès diminuèrent en intensité et en durée. Après 2 cures à la quinine les accidents ont été réduits à un minimum : l'épanchement se répète bien encore tous les 11 jours, mais il ne dure que deux jours, en même temps il est si peu douloureux que la malade peut marcher presque sans en être gênée.

On ne peut pas encore dire si cette médication amènera une guérison radicale. Dans le cas présent il n'y a pas de rapport avec aucune autre affection, ni avec la menstruation. (Elle manque depuis 6 ans), ni anémie, ni rhumatismes. Il n'y a pas d'affections cardiaques, ni augmentation du foie ou de la rate. Elle n'a jamais habité des pays à malaria et jamais souffert de fièvres intermittentes.

OBSERVATION VII (Bruns 1872)

Marie E. 28 ans, domestique, entra pour la première fois à la clinique de Tübingen en 1853. Jusqu'à l'âge de 20 ans elle avait été parfaitement bien portante. La puberté semble avoir été très tardive car la menstruation ne s'est établie qu'à l'âge de 24 ans. Les menstrures étaient régulières, non douloureuses, mais peu abondantes et peu prolongées. A 20 ans (1895) M. E. présente pour la première fois des manifestations articulaires. Sans cause apparente le genou gauche devint douleureux, se mit à enfler sans rougeur ni chaleur locale de la peau. Signes généraux et fébribles : maux de tête, frissons, chaleurs, sueurs, mais pas de troubles, de l'appétit et des digestions. Le gonflement du genou disparaît spontanément au bout de 6 jours. Elle était bien portante pendant 5 jours ; le douzième jour récidive. Les attaques se répétèrent, affectant avec une grande régularité l'évolution cyclique de 11 jours, pendant 8 ans, avec cette seule différence que les phénomènes généraux fébriles et les douleurs articulaires s'atténuèrent au cours de l'évolution de sorte qu'on se trouvait en présence d'une affection ressemblant à une hydarthrose genre simple.

La malade avait passé les 9 premières années de sa maladie (de 20-29 ans) tantôt placée comme domestique, passant en dehors du lit les attaques articulaires, tantôt à l'hôpital où elle avait séjourné pendant des semaines et des mois. Les médications les plus diverses aussi bien internes qu'externes (pommades, vésicatoires, douches, bains de vapeur, 5 cures à Wildbad n'avaient eu aucun résultat. Il semble que la quinine à l'intérieur, jointe à des applications locales de vésicatoi-

res, ait amené une diminution dans l'intensité du gonflement et même quelques rémissions. La malade fut observée à la clinique de Tubingen du mois d'août 1853 - février 1854. On la décrit comme une personne de constitution plutôt faible, mais assez bien nourrie, d'apparence bien portante. Les digestions et l'appétit sont bons, il y a tendance à la constipation. Cœur normal. La menstruation se montre régulièrement toutes les quatre semaines, se passe sans douleurs, mais elle est peu abondante et ne dure que 30 heures. Les premiers temps, la malade fut maintenue au lit on s'abstenait de toute médication afin de mieux observer les caractères de la maladie. Voici ce que l'on trouve relaté à ce sujet : L'affection du genou gauche se montre par crises périodiques liées à un type très régulier. La crise se caractérise par un gonflement spontané du genou qui se répète tous les 12 jours. Le gonflement et sa régression demandent 6 jours, auquel fait suite un intervalle libre de 5 jours. Le 12e jour, le cycle recommence. Le rythme est donc de 11 jours, les paroxysmes de 6 jours étant séparés par un intervalle de 5 jours. Par exemple, on observe durant un mois l'évolution suivante :

Attaque articulaire du 2-7, intervalle libre du 8-12.
Attaque artic. du 13-18, intervalle libre du 19-23.
Attaque du 24-29.

Il n'existe pas de prodromes nets en dehors d'une sensasensation indéfinie et subjective. L'attaque elle-même présente 3 stades : st. d'augment, st. d'état et st. de retrait. Le premier jour la circonférence du genou passe de 37 cent. à 39-40 cent. Le 2e jour à 41-42 cent. Le 3e jour, état stationnaire. Du 4e au 6e jour, décroissance jusqu'à la normale.

Si on étudie un grand nombre de ces attaques on voit tout de même qu'il y a quelques petites variations. Ainsi on peut observer une augmentation rapide du gonflement en une seule journée. Le 2· et 3· était stationnaire 4· et 6· jour décroissance. Ou bien l'augmentation se fait très lentement, demande jusqu'à 3 jours, le stade d'acmé tombe vers le 4e jour, la décroissance se fait du 5e au 6e jour. Les signes objectifs sont uniquement ceux d'un épanchement intra articulaire, sans trace d'inflammation. Nous trouvons donc dans la région de l'articulation une tuméfaction fluctuante, donnant une sensation élastique, tendue. Le gonflement ne dépasse pas les limites de l'articulation, on note la présence de bourrelet autour de la rotule. Celle-ci est facilement palpable sous la peau, il n'y a pas d'épanchement prépatellaire. Choc rotulien net, la peau est intacte sans rougeur ni douleur. L'articulation n'est douloureuse ni à la pression ni aux mouvements aussi bien actifs que passifs. Les signes fonctionnels sont réduits à une sensation de tension dans l'articulation. La malade n'est pas obligée de garder le lit. Elle peut même vaquer à ses occupations à condition de se ménager un peu. L'Etat général reste sans sans altération, la température centrale n'est pas augmentée, pas de troubles viscéraux, en particulier pas de troubles cardiaques. La menstruation n'a aucune influence sur l'apparition et l'évolution des attaques dans l'intervalle des crises la malade est parfaitement bien. Il n'y a pas de traces de liquide dans l'articulation du genou malade qui ne se distingue en rien de l'autre genou. Le traitement appliqué et ses résultats furent les suivants. Pansement compressif qui n'empêcha en rien l'apparition du gonflement et ne modifia en rien celui qui existait déjà. La quinine prise pendant 6 semaines sans interruption à la dose quotidienne

de 0.6 - 2 gr. eut pour effet de diminuer un peu l'intensité du gonflement et la durée de l'attaque de façon que la crise ne durait que 4 jours et l'intervalle libre 7 jours. Le rythme de 11 jours persista, donc il n'y eut pas de suppression des attaques. Des raies de feu le long de la colone vertébrale avec maintien artificiel de la suppuration n'eurent pas de résultat définitif. Par contre l'administration interne d'arsenic eut un succès merveilleux. Les attaques diminuèrent d'intensité et de durée pour devenir tout à fait rudimentaires. Au bout d'un traitement de 4 à 5 semaines, la malade sortit sur sa demande (février 1854). Elle nous informa quelques semaines plus tard que les attaques avaient complètement cessé, de sorte qu'elle était en état de faire des travaux très durs.

La guérison persistait pendant 20 mois. En novembre 1855, elle revint à la clinique avec une récidive qui datait depuis 14 jours. Cette fois-ci l'attaque portait sur le genou droit (avant c'était le genou gauche). Dès la seconde attaque les deux genoux furent pris simultanément. L'affection se manifestait avec le même système de 11 jours. Mais la crise ne se comportait pas de la même façon des deux côtés.

Au genou droit tout se passait absolument comme auparavant au genou gauche, tandis que celui-ci était atteint d'une façon beaucoup plus atténuée. Le gonflement du genou gauche ne commençait que 1, 2 jours après celui de droite, ne présentait pas la même intensité (circonférence normale 37. Le maximun est de 39 centimètres à gauche, de 42,5 à droite) L'épanchement disparaissait en même temps que celui de droite.

Le traitement fut le même que la première fois, il eut le même résultat. Au bout de 4 semaines, le genou gauche

n'enflait plus et 3 semaines plus tard on n'observait plus que des traces d'un épanchement à droite, revenant d'ailleurs avec des intervalles irréguliers, prolongés pour disparaître rapidement. La malade quitte l'hôpital en 1856 ; en septembre 1856, la malade écrit que la guérison persiste, malgré un travail fatiguant de jour et de nuit.

OBSERVATION VIII (Bylicki 1874)

M. X..., 31 ans, en général bien portant, subit un traumatisme en été 1871. A la suite de cela, inflammation séreuse aiguë du genou qui céda au bout d'un traitement de deux mois. (bandages plâtrés et l'iode). Depuis ce temps, apparaît tous les 14 jours une hydarthrose qui dure 5-6 jours qui disparaît pour reparaître le 14e jour. Ceci se fait si régulièrement que le malade connaît d'avance le jour où son affection recommencera.

Bains (Pystian, Kreuznach), électrothérapie sans résultats. Après une année le type périodique a disparu pour faire place à une hydarthrose chronique.

OBSERVATION IX (Roser, 1874)

Dans la clinique chirurgicale de Strasbourg se trouve un jeune homme de 17 ans qui souffre depuis 2 ans d'hydarthrose intermittente du genou. Les deux genoux présentent tantôt simultanément, tantôt l'un après l'autre une hydarthrose qui augmente lentement pendant 2-4 jours, puis diminue aussi progressivement. Pause de 1-8 jours.

Ainsi il y a eu 10 crises en 79 jours du 13 juin au 2 septembre, le tout très irrégulièrement. Sensibilité et chaleur locale insignifiantes, état général pas troublé, aspect florissant. Repos au lit. Pansement platré, diverses médications internes, fer, iode, quinine, arsenic, ergotine, etc., sont restées sans aucun succès.

Je demande conseil publiquement à mes honorés collègues, quelle peut être la cause de ce mal ? Quelles explorations pourrait-on faire, quels seraient les symptômes à rechercher pour trouver la clef de cette mystérieuse affection. Je serais très reconnaissant pour un conseil écrit ou donné publiquement.

OBSERVATION X (Jousset, 1877)

Mme G., âgée de 46 ans et encore bien réglée, est un peu anémique ; elle porte au cou des ganglions engorgés, qui avaient été fort améliorés par les eaux de Salins, mais qui sont revenus quelque temps après. L'année dernière, elle éprouva une hydarthrose du genou droit qui guérit parfaitement.

Pendant l'été de 1873, elle passa un mois au Croisic et prit des eaux mères, qui amenèrent une amélioration considérable des ganglions strumeux, mais ne modifièrent pas sensiblement une hydarthrose passagère et périodique qui a débuté pendant l'hiver de la même année.

Janvier 1874. L'hydarthrose dure de 4-6 jours, puis après 6-8 jours d'une guérison parfaite, en apparence, elle reparaît. La durée de l'hydropisie n'est pas toujours la même, mais sa réapparition a lieu presque mathématiquement

tous les 12 jours. Il n'existe pas de douleur mais une simple raideur ; le genou est tuméfié, arrondi, et la fluctuation est manifeste. Pulsatilla, 3, est restée sans effet ; sulfure 30 n'a produit qu'une légère amélioration, mais les bains de mer à la lame, et les bains d'eaux-mères du Croisic, pris pendant le mois de juillet, ont amené une guérison qui a duré jusqn'au printemps.

Chininum sulfur. a amené la disparition de l'hydarthrose pendant plusieurs mois, mais non une guérison, car l'hydropisie est revenue avec son ancienne périodicité ; cette dame a été obligée d'aller habiter Pau et je ne sais ce qu'elle est devenue.

OBSERVATION XI (Jousset, 1877)

Mme de St-G., âgée de 40 ans, mère de plusieurs enfants, sujette depuis des années à des règles beaucoup trop fortes et à une leucorrhée abondante, elle est très anémiée et habituellement faible et essoufflée.

Cette dame est depuis 15 mois affectée d'une hydarthrose périodique au genou gauche. Cette affection revient environ tous les douze jours et dure 4-5 jours ; le genou est gonflé, raide, non douloureux, fluctuant. Il y a deux ans, cette dame éprouva la même affection au genou droit, et elle guérit sous l'action des eaux de St-Honoré, après 4 mois de maladie. L'intervalle de santé entre les deux attaques d'hydropisie périodique a été de 6 mois. Notre malade a fait l'année dernière une saison aux eaux de Cauterets, et ces thermes puissants ont été sans influence sur le retour des accès d'hydarthrose.

Chininum sulfur., 3 trit. prescrit au mois de février 1876 n'a produit qu'une amélioration insignifiante. Au mois de mars, je donnais à cette malade sel croisici (3 trit.) 4 gr. en 24 paquets, un par jour, en deux fois. Au mois d'avril, je constate que les règles sont moins abondantes. Je continue le sel croisici, et j'y ajoute l'hydrothérapie. Sous cette double influence, les règles diminuent et deviennent à peu près normales, les accès d'hydarthrose furent très peu modifiés. Une saison de bains d'eaux-mères du Croisic a fait disparaître complètement l'affection articulaire en même temps qu'elle a réduit les règles à leur mesure normale.

La malade a repris des forces et de l'appétit, semble tout à fait guérie.

OBSERVATION XII (Le Dentu, Thèse de Rejou, 1877)

Le nommé Gaignardi, 23 ans, entre le 3 janvier 1860 dans le service de M. Voillemier (St-Louis), pour une hydarthrose du genou droit.

Interrogé sur ses antécédents voici ce qu'il raconte :

Il y a 7 ans il a eu la même maladie au genou. On lui appliqua à l'Hôtel-Dieu des vésicatoires, mais sans résultats. Le malade se fit alors adresser à Beaujon, service Robert. On lui fit une ponction, suivie d'injections iodées dans l'article, avec plein succès. Cette première hydarthrose présentait des alternatives de disparition et de reproduction incessantes, et nous allons retrouver la même particularité quand il s'agira de l'hydarthrose actuelle. Cinq ans plus tard le malade éprouva pendant une année et à intervalles réguliers des douleurs dans la cuisse, dans l'aine et le ge-

nou. Ces crises douloureuses ne duraient guère que 4 jours. En même temps les mouvements de l'articulation de la hanche étaient gênés ; il y a tout lieu de supposer qu'il y avait également une hydarthrose de cette articulation. Une certaine gêne dans les mouvements de l'articulation coxo-fémorale a subsisté, mais il n'y a plus de douleurs.

Ce jeune homme se plaint encore de ce qu'à la suite d'un travail un peu prolongé et de la marche il se produit du gonflement tout autour de la maléole, en même temps les articulations tibio-tarsiennes sont le siège de douleurs assez vives.

Encore maintenant la flexion est difficile et même douloureuse.

Le malade a les pieds plats ; il présente de plus les attributs du tempérament lymphatique. L'hydarthrose du genou droit pour laquelle le malade est venu demander son admission à l'hôpital, date d'un peu moins de trois mois. Elle s'est produite en 4 jours, puis, après un temps d'arrêt de 3 jours, pendant lequel elle est restée à son maximum, elle a commencé à décroître, au bout de 4-5 jours elle a complètement disparu. Après 3 jours, nouvelle apparition : quatre jours d'augmentation, 3 jours d'état, 4 jours de déclin. Cette série de phénomènes s'est reproduite 5 ou 6 fois depuis le début avec la même régularité. Elle n'a été modifiée qu'une fois par l'application d'un vésicatoire au mois de janvier. Au lieu de durer 2-3 jours comme d'habitude, la période d'état s'est prolongée jusqu'à 6 jours.

25 janvier. Nous assistons à une nouvelle apparition de l'hydarthrose qui suit sa marche ordinaire. La série d'apparition et de reproduction de l'hydarthrose continue.

8 mars. M. Voillemier fait appliquer sur le genou une bande dextrinée.

29 mars. On enlève l'appareil.

30 mars. L'épanchement s'est reformé en grande partie.

31 mars. Il commence à diminuer avant d'être devenu aussi considérable que les autres fois.

2 Avril. Quatre raies de feu demi-circulaires autour du genou. 23 avril. Les plaies de cautérisation ne sont pas encore cicatrisées. 27 avril. Disparition presque complète de l'épanchement. Application d'une bande roulée.

5 mai. Nouveau bandage dextriné. Le malade sort le 10 mai avec une différence de moins de 1 centimètre entre la circonférence du genou droit et celle du genou gauche.

OBSERVATION XIII (Rejou-Verneuil, 1877)

M. X... vient consulter M. le professeur Verneuil pour une hydarthrose de date déjà ancienne. Il affirme avoir eu dans sa jeunesse une première attaque d'hydarthrose dont il constata le caractère intermittent et qui fut soignée par Nelaton. Ce chirurgien accueillit non sans une certaine incrédulité le dire du malade ; il lui donna néanmoins à tout hasard du sulfate de quinine. A la suite de cette médication l'hydarthrose disparut, et le malade se croyait complètement guéri lorsque la maladie reparut trois ans après avec les mêmes caractères. En vain prit-il du sulfate de quinine ; cette médication n'amena plus aucun résultat. Toutes les trois semaines le genou se tuméfie et devient douloureux ; puis, au bout de quelques jours ces phénomènes disparaissent. La palpation de l'articulation fait reconnaître un peu d'épaisissement de la synoviale. Le malade ne s'étant présenté qu'une fois à la consultation de M. Verneuil, il n'a pas été possible d'avoir plus de détails sur sa singulière affection.

OBSERVATION XIV (REJON 1877)

Marie Marty, âgée de 22 ans, fille de salle dans un restaurant entre à l'hôpital Saint-Antoine le 25 octobre 1877 pour une hydarthrose du genou droit. Les parents n'ont jamais eu ni rhumatisme, ni goutte, ni fièvres intermittentes. Ils jouïssent encore aujourd'hui d'une très bonne santé. Elle a habité jusqu'à 16 ans Quillon, village du département de l'Aude, au milieu d'un pays de vignes, non marécageux. Elle fut réglée à 15 ans, depuis cette époque ses règles reviennent tous les 30 jours ; elles sont peu abondantes et non douloureuses. A chaque époque cataméniale, elle est prise d'étouffements, de chaleur au visage, parfois même de vertiges.

A 16 ans elle quitte ses parents et va à Perpignan, où elle trouve un emploie de cuisinière. Cet emploi l'oblige à rester debout presque toute la journée et la fatigue beaucoup. Elle devient enceinte ; sa grossesse est régulière et à 17 ans et demi elle accouche sans le moindre accident d'un enfant à terme. Les suites des couches ne présentent rien de particulier. Toutefois, pendant six mois ses règles ne paraissent pas. C'est à l'âge de dix-huit ans, le jour même où ses règles se montrent, que la malade a sa première attaque d'hydarthrose. Les deux genoux se prennent à la fois mais le genou droit est plus tuméfié que le gauche. Il en a toujours été de même dans les attaques ultérieures. Voici la description de cette première attaque dont le malade a gardé un parfait souvenir :

Le 1er jour douleur vive au pourtour de la rotule et gêne dans la marche.

2e jour : gonflement des deux genoux avec prédominence du côté droit.

3e jour : le gonflement augmente encore et la gêne dans les mouvements des genoux est telle, qu'elle ne peut plus marcher et qu'elle a de la difficulté à se tenir debout.

Le 4e jour : les choses restent en l'état.

Du 5e au 6e jour : disparition graduelle des symptômes.

Le 7e jour : la guérison est complète, elle ne souffre plus et peut se mouvoir librement.

Six jours après, réapparition des mêmes symptômes dans le même ordre. Ces attaques se sont ainsi répétées sans trêve depuis l'âge de 18 ans jusqu'à 21 ans.

Des deux attaques qu'elle avait chaque mois, l'une survenait tantôt un jour avant, tantôt un jour ou deux après l'apparition du flux menstruel.

Durant ces 3 dernières années elle consulta plusieurs médecins qui lui ordonnèrent des badigeonnages à la teinture d'iode, des vésicatoires, mais sans rien changer au cours de la maladie. Les applications avaient toutefois pour résultat de diminuer la douleur au début des attaques.

A 21 ans elle redevient enceinte, et pendant toute la durée de cette grosse, l'hydarthrose ne reparaît pas. Cette deuxième grossesse ne se termine pas aussi heureusement que la première. L'accouchement eut lieu à 7 mois, d'ailleurs avec la plus grande facilité. Douze jours après la délivrance l'hydarthrose reparaît et dès lors suit sa marche régulièrement périodique. Ses règles reparaissent 10 jours après son accouchement. Cette jeune femme n'a jamais eu ni de rhumatisme ni de goutte. Elle n'a jamais souffert de vaginité et n'a jamais été atteinte de fièvres éruptives.

Sa santé s'est toujours bien maintenue. Elle a l'aspect extérieur d'une femme forte et bien constituée. Elle dit être

sujette à de fréquents coryzas et elle porte sur la partie latérale droite du cou une très petite cicatrice qui date de son extrême jeunesse.

Elle entre le 25 octobre à St-Antoine. Elle souffre des deux genoux depuis le matin.

Le 26. Le genou droit très tuméfié sans changement de coloration à la peau. La fluctuation est très manifeste. Le genou gauche ne donne qu'un choc rotulien à peine sensible.

Le 27. Le gonflement augmente. Le choc rotulien très net à gauche.

Le 28. Etat stationnaire.

Du 29 au 31. Diminution graduelle de l'épanchement.

1er novembre. Il ne reste plus que des traces de liquide.

2 novembre. Il n'en reste plus du tout.

Le 7. Réapparition de l'épanchement qui augmente jusqu'au 10 et disparaît le 15.

Le 15. L'immobilité, absolue dans une gouttière. En même temp on donne progressivement depuis 0.60 — 1 gr. de sulfate de quinine.

Le 20. réapparition de l'épanchement, un jour un plutôt que dans les attaques antérieures. D'ailleurs, il suit la même marche.

Le 29. Il a complètement disparu. On continue le sulfate de quinine. Immobilité et compression.

Le 5 décembre. L'épanchement s'est reproduit.

Le 7. La circonférence du genou droit est de 35 cm. et celle du genou gauche de 33 cm.

Le 8. Etat stationnaire.

Du 9 au 14 déc. Diminution de l'épanchement.

Le 15. Très léger choc rotulien à droite.

Le 16. Plus de liquide. L'articulation est libre.

En explorant avec soin les 2 genoux, nous ne trouvons aucun épaississement. Toutefois, du côté gauche, au dessous et en dehors de la rotule, nous sentons une crépitation légère dans un point limité. Cette crépitation se passe d'ailleurs en dehors de l'articulation. Nous recherchons avec le plus grand soin, si nous ne rencontrerions pas des corps organiques intra articulaires. Cette recherche ne donne aucun résultat.

OBSERVATION XV (Panss 1878)

Mlle M., 22 ans, entre à l'hôpital Lariboisière le 1er janvier 1878. Elle est de petite taille et paraît jouir d'une bonne santé et elle a un certain embonpoint. On ne trouve dans ses antécédents aucune manifestation diathésique soit arthritique, soit scropuleuse, soit syphylitique. Il y a cinq ans environ, elle a eu une grossesse qui s'est très bien passée et s'est terminée par un accouchement à terme dans de bonnes conditions. Sa santé n'avait été altérée en rien, lorsque six mois après, sans aucune cause occasionnelle, traumatisme ou refroidissement, elle fut prise de tuméfaction des deux genoux. Ces phénomènes ne s'accompagnèrent d'aucun état général ; pas de fièvre, pas de malaise. Bien plus, elle n'éprouvait aucune douleur au niveau des articulations et marchait assez facilement, ressentant seulement une certaine raideur qui gênait un peu ses mouvements. Le gonflement dura 3-4 jours, puis disparut. Depuis cette époque, les accidents se sont reproduits régulièrement tous les 15 jours et à date fixe ; c'était le jeudi de chaque deux semaines que la tuméfaction apparaissait, ne déterminant ja-

mais de troubles appréciables. Les badigeonnages à la teinture d'iode, les vésicatoires, la compression furent successivement employées sans résultats. Du reste, la malade, qui était assez peu incommodée de cette affection, se prêtait assez mal, nous dit-elle, à ces divers traitements.

Pendant 4 ans, les accidents se sont reproduits avec la même régularité, soit que la malade se condamnât au repos, soit qu'au contraire elle continuât ses occupations. Pendant ce laps de temps, elle quitta le pays et vint à Paris ; les mêmes phénomènes se produisent toujours périodiquement et jamais cependant elle n'eût aucun symptôme qu'on puisse rapprocher à une intoxication plustre. En dehors des attaques, les genoux reprenaient leur volume normal et la malade n'éprouvait aucune gêne. Il y a huit mois, elle a été enceinte de nouveau et a fait une fausse-couche de 4 mois (?). Pendant ces 4 mois, les accidents ne se sont pas montrés et elle se croyait guérie, lorsque 15 jours après sa fausse-couche, un jeudi, le gonflement des deux genoux apparut de nouveau. Mais tandis qu'autrefois la tuméfaction ne durait pas plus de 3-4 jours, à partir de ce moment, elle dura 8 jours à chacune des attaques, qui reprirent leur ancienne périodicité.

L'affection débuta tantôt par le genou droit, tantôt par le genou gauche et il ne parait y avoir aucune régularité sur ce point-là. Seulement, la malade a observé que sur deux attaques, il y en avait une plus forte, la durée étant la même, mais le gonflement plus prononcé.

Elle est réglée très régulièrement et le retour de ces hydarthroses ainsi que leur degré d'intensité ne parait avoir aucun rapport avec les époques menstruelles.

Bien que cette malade ne présente ni douleur ovarienne, ni troubles de la sensibilité, elle a un certain nombre de ca-

ractères du tempérament hystérique. Elle aurait eu, dit-elle, il y a quelques mois, une ulcération du col de l'utérus dont il ne reste plus de traces ; les organes génitaux ne sont actuellement le siège d'aucun écoulement.

Au mois d'octobre 1877, elle est rentrée à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Paul. Le retour périodique des hydarthroses a continué son cours pendant les mois qu'elle a passé dans ce service où plusieurs traitements internes ont été essayés, particulièrement le salycilate de soude et le sulfate de quinine, sans amener la moindre modification. C'est pendant son séjour à cet hôpital qu'elle a été cautérisée plusieurs fois pour son ulcération.

Le 7 février, elle est adressée à M. Panas par M. C. Paul.

8 février. Ce jour-là, il n'existe aucun épanchement dans les genoux qui ont leur volume normal et présentent les saillies et les dépressions habituelles. Les mouvements s'exécutent facilement ; ils n'ont rien perdu de leur amplitude et on ne constate aucun craquement articulaire. Toutes les autres fonctions sont normales et l'on n'est pas à vrai dire, en présence d'une malade. Cet état ne se modifie pas jusqu'au vendredi 15 février, mais alors commencent à se montrer un certain degré de tuméfaction du genou droit, le lendemain le genou gauche se prend et le 18 février, on constate manifestement l'existence d'une quantité notable de liquide dans les deux articulations. Il n'y a aucun changement de coloration de la peau, la pression et le mouvement ne déterminent aucune douleur, la malade marche assez facilement et sans boîter.

Le 20 février, le gonflement commence à diminuer et le 23 il a complétement disparu dans les deux articulations. Ces phénomènes ont eu lieu sans aucun retentissement sur l'état général. Depuis quelque temps la malade a observé

que le gonflement commençait par le genou droit et qu'il y était toujours plus marqué. Ces accidents sont revenus le vendredi 1er mars et le vendredi 15, présentant dans leur invasion, leur marche et leur durée les mêmes caractères. Dans la semaine qui sépare deux attaques successives, tout disparaît. M. Panas, cependant, constate l'épaississement des bourrelets des culs de sac supérieurs des synoviales des 2 genoux.

Pour combattre ces accidents à répétition, M. Panas a prescrit des frictions mercurielles et l'iodure de potassium à l'intérieur, à la dose de 4 gr. par jour, car c'est la forme que prennent parfois les hydarthroses qui reconnaissent pour cause un état spécifique.

M. Panas continue lui-même :

En examinant avec soin ma malade, j'ai pu reconnaître qu'il n'y a pas que les genoux de pris ; les articulations du pied, des doigts, du poignet, du coude, sont le siège de craquements qui tiennent à des arthrites sèches, dont l'origine arthritique a été depuis longtemps mise hors de doute. Lorsque l'épanchement articulaire des genoux disparaît, l'articulation reste le siège de frottements ; de plus, cette femme est sujette à des coryza répétés et elle porte deux petites plaques d'eczéma sec ; on peut donc admettre que nous sommes en présence d'un sujet arthritique et en conséquence, j'intitulerai l'affection dont je vous entretiens, hydarthrose arthritique intermittente.

Conclusion : arthrite déformante avec épanchement abondant. L'origine arthritique explique l'influence de la grossesse d'une part, le peu de résultats obtenus par les différents traitements d'autre part. Avant d'en arriver aux raies de feu qui ont donné une guérison à M. Voillemïer, j'ai cru intéressant de soumettre ma malade aux alcalins et à l'arsenic.

OBSERVATION XVI (Schmidt, 1877)

Chez une malade, le genou droit enflait ordinairement tous les 8 jours, avec accompagnement de douleurs plus ou moins violentes, 3 jours de durée. Ensuite disparition. Rémission. Après 7 ans commence en alternant une hydarthrose semblable au genou gauche.

Quinine, liqueur de Fowler sans résultats.

OBSERVATION XVII (Sechigmuller, 1880).

J'observe depuis plusieurs années un cas très intéressant d'hydarthrose intermittente.

M. Z., 49 ans, fabricant, issu d'une famille robuste, souffre depuis 24 ans d'hydarthrose intermittente périodique. Le malade dit avoir souffert en 1846 d'une méningite violente (?) après laquelle il aurait perdu ses cheveux.

En 1849 pneumonie et fièvre gastrique. La même année malaria du type tierce d'abord, puis du type quarte.

Après insuccès du traitement quinique, il dit avoir été guéri par un traitement secret. Pendant son service militaire (1851-54), ictère en 1853. Les premières attaques d'hydarthrose intermittente se montrèrent en 1854. A ce moment, il éprouvait tous les douze jours une tension pénible dans l'articulation soit du genou, soit de la hanche. Cette sensation durait pendant un jour ou un jour et demi sans gonflement notable du genou. Les douleurs n'atteignaient jamais assez d'intensité pour l'obliger à quitter le service.

Après avoir duré un certain temps, l'affection disparut

spontanément. Ce n'est qu'en 1861 qu'elle se manifesta de nouveau dans le genou gauche, cette fois, d'une façon typique. On lui appliqua un pansement plâtré avant l'époque où devait se montrer l'épanchement. Mais lorsque celui-ci apparut, les douleurs furent si intolérables qu'on fut obligé de l'enlever en toute hâte. Plus tard, mouches avec un succès fort douteux. Ces troubles durèrent 3 mois. Le malade n'en fut plus atteint pendant 4 ans.

En automne 1865, nouvelle récidive qui dura jusqu'au printemps 1866. Pendant ce temps, le genou gauche augmentait d'une façon excessive en même temps qu'il devenait douloureux. La hanche droite ne fut atteinte que rarement. En 1872, l'affection reparut au genou gauche, elle fut traitée par la quinine à hautes doses. Cette fois-ci, la rémission eut lieu bien plus vite que d'habitude. En 1875, lorsque j'eus à traiter ce malade pour la première fois, la hanche droite seule était prise. Il était difficile de démontrer la présence d'un épanchement articulaire, mais les douleurs étaient des plus vives. En 1876-77, le malade allait à peu près bien. En 1878, les souffrances redoublèrent et s'étendirent également à la hanche gauche. Elles se calmèrent pourtant assez vite, une nouvelle rémission survint au bout de 3 mois. Le 19 juillet 1879, l'affection réapparut au genou gauche qui avait été épargné depuis 7 ans. Ce jour-là, le malade en visite chez des parents éprouva quelques raideurs dans l'articulation, accompagnées d'un gonflement modéré. Le lendemain, il lui fût pourtant possible de regagner son domicile non sans quelques difficultés (voyage de 3-4 h. en chemin de fer). Le 21 juillet il put faire un autre voyage sans difficultés cette fois-ci. Exactement 12 jours plus tard, dans la nuit du 1 au 2 août, nouvelle raideur et gonflement du genou qui augmente modérément jusqu'à midi du 2 août. A

ce moment le genou gauche mesurait 43 cm 75, le genou droit 33cm25. Le soir à 9 h., 46 cm avec augmentation progressive des douleurs. Après 0.01 de morphine, vertige, vomissements mais pas d'analgesie, de façon que le malade passa la nuit tourmenté par des douleurs violentes. On m'appelle à 1 h. de l'après midi. Je trouve le malade dans un état lamentable : douleurs atroces, langue très chargée, haleine fétide, excitation intense. Après 0.02 de morphine un peu de calme et sommeil interrompu. Le soir à 6 h. beaucoup de douleurs mais plus de calme. La nuit du 2 au 3 août pas trop mauvaise. Le 3 août, le genou ne mesure plus que 42cm. Le 4 août le malade est en état de venir me voir. Le genou mesure toujours 42 cm mais il n'est plus douloureux. Le 6 août, 40 cm. Le 14 août à 7 h. du matin, légère raideur et gonflement. 15 août 7 h. genou, 44cm1 ; à 11 h. 3/4, 44 cm 9 ; 6 h. du soir, 46 cm. Le 16 août à midi, genou 46 cm. ; 17 août 44 cm 5 ; 18 août, 43 cm 9 ; 19 août, 42 cm 2 ; 20 août, 41 cm.

La hanche droite est prise pendant la nuit du 20 au 21.

La malade alla se soigner à Marienbad, parce que cette cure l'avait amélioré, disait-il, deux ans auparavant. Il y eut une attaque articulaire violente le 28 août. Le genou gauche atteint un maximum de 47 cm., les douleurs étaient atroces, la température locale était augmentée, il semble qu'il y eut de la fièvre. Une nouvelle crise le 8 septembre, après 12 bains de boue aurait été moins violente. La cure de Marienbad n'amena pas la rémission espérée, car le malade eut encore des accidents le 22 septembre. Il y eut pourtant quelques irrégularités en ce sens que le cycle complet ne se faisait plus en 12 jours mais demandait toujours quelques jours en plus. D'autre part, entre deux atteintes du genou s'intercalaient plus souvent qu'avant des accidents articu-

laires du côté des hanches, habituellement avec un intervalle de 3 jours. Ainsi, le malade souffrait de sa hanche gauche le 2 octobre, sans que cela l'empêchât de marcher. Le 5 octobre le genou se mit à enfler. Ce jour-là, à 5 h. du matin, le malade souffrait tellement malgré l'application de glace qu'il lui fut impossible de rester au lit. A ce moment, le genou ne mesurait que 46 cm, peut-être par suite de l'application de la glace ; par contre, le gonflement paraissait plus dur, probablement pour la même raison.

Morphine. — Les douleurs sont tolérables pendant la journée, elles deviennent plus intenses le soir. La température prise dans l'aisselle droite marque 37°2 (pouls 72), celle du genou gauche 38°. Elle paraît d'ailleurs augmenter à la palpation.

Le 16 octobre je fis, sur la demande, du malade un cautère en arrière du trochante gauche. On maintenait la plaie ouverte à l'aide de pois d'iris.

Le 17 novembre je trouve dans mes notes : la dernière fois la hanche gauche est restée épargnée ; le genou gauche a été pris une journée plus tard que d'habitude. Le genou atteignit 45 cent., il n'était pas douloureux.

L'infirmier croit avoir remarqué que la plaie retrotrochantérienne donnait du sang pendant l'accès tandis que d'habitude il n'y avait que du pus.

Le 6 décembre. Ces derniers temps l'affection s'est montrée atténuée (elle a même fait défaut), sauf une fois où la hanche gauche était très douloureuse.

Aujourd'hui le genou gauche a commencé à enfler, jusqu'ici sans douleurs et sans troubles de la motilité.

Au cours des derniers accès on a constaté que le cautère secrète beaucoup plus au moment où débute la crise. J'ai pu m'en convaincre le 27 déc. lorsque la hanche gauche devint douloureuse.

Le malade est, comme on dit, un sanguin, pléthorique florissant, robuste, de grande taille, large d'épaules, à la poitrine bombée, à panicule adipeux moyen, mais à musculature développée. Il a fait son service militaire dans l'artillerie et commencé son métier par les besognes les plus dures. Marié, il n'a pas d'enfant. Mène une vie sobre. Il travaille dans sa grande fabrique avec une telle ardeur qu'il lui arrive d'oublier son mal et de négliger les soins nécessaires. Souvent on le voit se traîner en boîtant dans des ateliers sujet aux courants d'air et très inégalement chauffés. Il ne supporte que très difficilement les jours de réclusion périodique que lui impose son affection tous les 12 jours.

En dehors des maladies éprouvées dans sa jeunesse et dont il a été question au début de cette observation, le malade n'a pas été très souffrant. Toutefois il présente depuis plusieurs années une pharyngite chronique au cours de laquelle s'est montré à plusieurs reprises un gonflement considérable de la muqueuse. En plus de cela, catarrhe tracho-bronchique qui avait amené des accidents asthmatiques il y a 2 ans. Après une cure à Marienbad ces accidents ne se sont plus répétés. Dans l'intervalle des accès ou même pendant les accès peu violents son état général est parfait. Par contre il est assez troublé pendant les accès intenses : il y a alors anorexie complète, langue chargée, constipation, diminution de la sécrétion urinaire. La femme du malade prétend que l'haleine est souvent fétide, non seulement pendant l'accès, mais même à l'approche de la crise. Je n'ai jamais observé de mouvement fébrile, le pouls n'est pas plus fréquent, ce qui s'expliquerait d'ailleurs facilement par les douleurs et l'état d'excitation. Une fois je l'ai même trouvé à 66.

Il y aurait eu de la fièvre pendant un accès violent à Marienbad, 1877. Le pouls était alors à 88.

Le symptôme dominant est la douleur. De plus, on constate au niveau du genou un grand épanchement. Les douleurs débutent par une sensation de raideur et de gêne fonctionnelle. Dans les cas légers c'est tout. Dans les cas sérieux les douleurs deviennent intolérables dans l'espace de 6, 12 heures. Bientôt, il ne peut plus rester au lit. Il se traîne dans l'appartement en gémissant et en boîtant ; de temps à autre, on le voit s'appuyer en position penchée sur un rebord de table, sur un dossier de fauteuil. Cette position lui apporte quelque soulagement. (J'ai vu quelque chose de comparable dans un cas de sciatique). Chaque changement de position de l'articulation à plus forte raison la pression exercée sur le genou et particulièrement au niveau de l'interligne, exagère la douleur considérablement. Un point douloureux persiste à la pression même en dehors des attaques. Lorsque c'est la hanche qui est prise, les points douloureux coxalgiques s'y retrouvent. La pression de la tête fémorale, les chocs sont perçus douloureusement. La peau n'était jamais sensible. On ne pouvait pas constater d'épanchement à la hanche. Il ne manquait jamais au genou. Il augmentait pendant 24, 36 heures, restait stationnaire pendant 12, 18 heures, pour diminuer dans 24, 36 heures. Il est à remarquer que le genou ne revenait à la normale qu'au bout de plusieurs jours. Le maximum de gonflement observé était de 47 centimètres. Dans les crises légères, il ne dépassait pas 44 centimètres. Il distendait les cul-de-sac sous-quadricipital.

Le malade le décrivait non sans quelque raison comme un sac couché transversalement au dessus de la rotule. Celle-ci ballotait le plus souvent nettement. Au début, le gonflement était mou, plus tard tendu ; la peau devenait luisante sans présenter de rougeur. Je n'ai pas trouvé une différen-

ce appréciable à la palpitation. Une fois il y avait une différence de 0.08 entre la t° générale et la t° locale. Je n'ai pas constaté de relâchement des ligaments avec mobilité anormale, comme cela se voit dans les hydarthroses. Par contre, la configuration du genou gauche n'est pas tout à fait normale entre les accès. Sa circonférence est augmentée de 1 cm. et les dépressions juxta-rotuliennes sont moins nettes.

En ce qui concerne la thérapeutique employée, j'ai déjà nommé quelques-uns des médicaments : quinine et ses dérivés, arsenic, acide salycilique, salycilate de soude, phénol. Il aurait peut-être fallu que le malade les prennent d'une façon plus prolongée. Des autres médicaments, je ne veux mentionner que les vomitifs. Depuis Krankenberg cette médication jouissait ici d'une assez bonne réputation. La fétidité de l'haleine, constatée par la femme du malade, semblait rapporter les phénomènes à une origine gastrique, le malade prit un vomitif le 22 octobre, au début d'une crise, il eut plusieurs vomissements mais les résultats ne furent pas autrement brillants. L'accès se déroula de façon habituelle.

Une cure à Teplitz n'eut pas plus de succès que celle de Marienbad. Un appareil plâtré avait dû être enlevé d'urgence à cause des douleurs atroces. Une bande de caoutchouc ne fut pas mieux supportée. On avait proposé de ponctionner l'articulation et de laver au phénol. Mais le malade ne voulait pas s'y résoudre, d'autant plus que les accès tendaient à s'atténuer. D'ailleurs, je suis persuadé que si on avait réussi de guérir le genou, l'affection se serait localisée avec d'autant plus d'intensité sur la hanche. En fin de compte il me semble que le sachet de glace appliqué de bonne heure avait le plus d'effet. L'application de courants galvaniques reste sans succès. J'attendais beaucoup des cou-

rants faradiques. Un matin, au début d'une crise, j'en fis une application. A midi 2e séance. Toutes les deux nulles au point de vue résultats.

Même insuccès pour les courants galvaniques. Mais je crois que ces essais sont à reprendre. De même l'emploi du fer et de l'ergotine. Pour finir, je rappellerai que la morphine n'amenait de sédation qu'à fortes doses 0.015-0.030.

Je n'ose pas affirmer que l'atténuation des crises observée depuis le mois d'octobre est due au cautère.

OBSERVATION XVIII (Vogt, 1881)

Femme 32 ans, dans des intervalles presque réguliers de 9 jours une hydarthrose uni au bilatérale du coude, douleurs, troubles fonctionnels graves. L'hydarthrose disparaît souvent sans traces, laissant parfois une petite enflure qui durait assez longtemps. Les accès qui laissent des traces coïncident toujours avec la menstruation.

OBSERVATION XIX (Kolbe, 1881)

Mlle S., 32 ans, issue d'une famille de névropathes, fut réglée pour la première fois à l'âge de 17 ans. Les règles se répétaient toutes les 4 semaines sans rien d'anormal.

Elle n'a jamais été gravement malade, mais elle souffrait souvent d'anémie et a subi plusieurs cures ferrugineuses.

Il y a 7 ans, elle fit un faux-pas dans l'escalier et éprouva immédiatement une douleur aiguë dans le genou gauche, ce qui ne l'empêcha pas de danser le même soir avec pas

mal d'entrain. Le lendemain apparut un gonflement considérable et très douloureux du genou qui nécessita bientôt l'application d'un bandage plâtré. Lorsqu'on l'enleva, le gonflement avait disparu mais, il se reproduisit au bout de 2-3 jours. De nouveaux bandages furent appliqués, mais le même phénomène se répétait pendant 6 mois. Au bout de ce temps, le genou gardait son volume normal, mais la faiblesse persistait pendant longtemps. En hiver 1875, elle tomba encore une fois sur le genou gauche. Immédiatement après apparut un gonflement qui augmenta rapidement et fut traité par des sangsues et des appareils plâtrés. Pendant cette période de maladie apparut également de la raideur de la jambe droite avec hydarthrose du genou droit, mais ces troubles disparurent rapidement après application de sangsues. En été de la même année, la malade fut envoyée aux bains de Cudowa aussi bien pour anémie et faiblesse que pour le traitement du genou gauche qui enflait de temps à autre. Là, Mlle S. remarque que l'épanchement se reproduisait très régulièrement après un intervalle libre de 8 jours. Le dixième jour, l'épanchement atteignait son maximum et disparaissait le onzième jour.

Elle affirma ne pas avoir éprouvé de troubles généraux.

Après une cure d'eau de 6 semaines, une amélioration se dessine, l'épanchement était moins abondant.

Mais ce n'est qu'au printemps 1876 que l'affection perdait de sa périodicité, que les intervalles libres augmentaient. Les épanchements cessèrent de se produire en été.

Au printemps 1878, une récidive se manifesta au genou gauche, à la suite d'une chute. Des badigeonnages à la teinture d'iode et des bandages immobilisants en eurent vite raison. C'est en été 1878 que la malade vint me trouver. Elle se plaignait de faiblesse dans la jambe gauche et de

douleurs des genoux survenant par moments. La pression ne les augmentait pas. La marche était normale, mais la malade se fatiguait rapidement. Objectivement on ne constatait qu'un léger gonflement des ligamenta alaria.

Après des bains de boue, les douleurs et le gonflement du genou avaient disparu, il ne persistait qu'un léger tremblement après des marches fatiguantes.

Au mois de juillet 1879, la malade ressentit de nouvelles douleurs au genou gauche après un mouvement un peu brusque. Le lendemain, l'articulation était enflée. Après fixation du genou, frictions à la teinture d'iode et cure hydrominérale de Greefenberg. Les douleurs disparurent, mais le gonflement allait tantôt en augmentant, tantôt en diminuant. En octobre, il était redevenu périodique. Sans aucun prodrôme, la malade constatait tous les 11 jours, le matin au réveil, que son genou était enflé. L'épanchement augmentait sans douleurs jusqu'au soir du 12e jour pour diminuer lentement les 13e et 14e jours. Le seul trouble fonctionnel était une limitation des mouvements de la jambe gauche. Ces crises se répétèrent régulièrement pendant tout l'hiver et le printemps suivant que la malade passa au lit. L'iode, des mouches, des pansements immobilisants la quinine, le fer, le traitement diététique n'eurent aucun succès. En 1880, je vis la malade très anémique, émaciée et déprimée par sa maladie et la mort récente de sa mère. L'examen des viscères fût négatif. La jambe gauche et surtout la cuisse montraient une atrophie musculaire prononcée avec réaction très faible, même à des courants faradiques assez forts. La motilité active et passive, ainsi que la sensibilité, étaient normales. Le genou gauche n'était enflé que dans la région des ligamenta alaria, à ce niveau consistance pâteuse. Pas d'épanchement dans l'articulation. La

malade se plaignait de faiblesse et de tremblement à la marche. Elle était obligée de s'appuyer sur une canne. J'ordonnai une cure hydro-minérale ferrugineuse et des bains de boue à 28° pendant 20'. En 5 semaines elle en prit 16 et j'eus l'occasion d'observer, pendant ce temps, un épanchement séreux périodique dans le genou gauche. Sans troubles de l'état général, sans douleurs ni avant ni pendant l'accès, l'épanchement apparaissait le matin tous les 11 jours. Les dépressions juxta-rotuliennes disparaissaient, la rotule balottait, on constatait la fluctuation très nettement. La peau était normale, il n'y avait pas de modifications de la température tant locale que générale. Mouvements actifs et passifs sans douleurs. Dans la 6e semaine du traitement, j'ordonnai 5 gr. de salycilate de soude. Pas d'épanchement le 11e jour, mais il se manifeste le lendemain. La fois d'après il se montra de nouveau le 11e jour. Je n'insistai pas d'autant plus que la malade se plaignait depuis 8 jours de troubles gastriques : elle avait complètement perdu l'appétit et vomissait sans nausées préalables tout ce qu'elle prenait.

Pour dérober l'articulation à la vue du malade, je lui appliquai un pansement légèrement compressif en lui ordonnant de passer toute la journée dehors étendu sur une chaise-longue en compagnie agréable. Elle y regagne bientôt sa gaieté, de même que l'appétit. Les troubles gastriques disparurent, je pus bientôt prescrire la liqueur de Fowler qui fut bien supportée. Par un heureux hasard, la malade se trompa dans la détermination du 11e jour si fatal. Elle ne sentait plus de gonflement au genou, quoiqu'il lui semblât que le pansement la serrait quelquefois davantage. Au bout de cinq semaines on enleva le pansement. On n'a plus constaté d'épanchement depuis. Sous l'influence de

courants faradiques, de douches et d'exercices, l'atrophie musculaire regressa très vite. La consistance et le volume des muscles augmentait. Le tremblement diminuait et au mois de septembre la malade put faire des promenades assez longues et sans cannes et sans quoique ce soit d'anormal dans sa marche.

OBSERVATION XX (Fiedler 1881)

Mme A. K., âgée de 25 ans, reçue dans mon service le 25 juin 1876 nous racontait qu'elle souffrait depuis 13 ans de gonflements des genoux, apparaissant dans des intervalles définies.

A l'âge de 12 ans, le genou gauche se mit à enfler brusquement, demeura stationnaire le lendemain et revint à son volume normal le troisième jour. Pendant deux années consécutives, les attaques se répétaient tous les douze jours avec une régularité telle que la malade pouvait les prévoir d'avance. A l'âge de 14 ans, le genou droit participa à cette affection, de même, pendant plusieurs mois, les deux coudes, les poignets et les hanches, chacune de ces articulations se prenant très peu après la précédente. Le cycle complet durait 12 jours et commençait par le genou gauche. A la suite d'un refroidissement, décembre 1871, le rythème passa de 12 à 10 jours et les articulations se prenaient toutes simultanément au lieu de se succéder comme auparavant. Les articulations du pied se prirent également.

Février 1872. Amélioration et même succession. Plus tard les articulations se prenaient dans l'ordre suivant : hanche droite, hanche gauche, genou droit, genou gauche, coude et poignet gauche, coude et poignet droit.

De 1872 à 1875, une articulation des vertèbres cervicales participa à l'hydarthrose. Depuis six ans, raideur du poignet droit. Depuis l'âge de 12 ans accès d'asthme (?) et des syncopes passagères, suivies d'une sensation de froid glacé et pâleur de la peau. Douleurs contrictives de la région précordiale. Puis toutes les parties du corps qui avaient été glacées devenaient brûlantes, enfin se montraient des sueurs profuses. La crise se terminait par des nausées et des vomissements. Les règles étaient toujours fort irrégulières.

Depuis le 15 juin 1876 - 31 mars 1877, nous eûmes l'occasion d'observer 33 crises articulaires affectant le plus souvent un rythme de 9 jours, exceptionnellement de 7 ou 12 jours. Après un bien-être de 2, au plus 4 jours, la malade éprouvait de la lassitude et commençait à souffrir vers midi dans la région lombaire et à la hanche droite. Dans l'après-midi, apparition de flexion et abduction de la cuisse. Sensation de battements pulsatils vifs dans la région sacrée. Sensation de chaleur aux yeux, injection des conjonctives. Dans la nuit ou le lendemain matin, la hanche gauche se prenait. Le 3e jour apparaissait en quelques heures un épanchement du genou droit avec élévation locale de la température. Le 4e jour, le genou était tellement distendu qu'il était immobilisé en flexion sous un angle obtus. La capsule mesurait 16 cm de longueur. Le genou gauche restait le plus souvent indemne. Il ne participa au gonflement que 3 fois, débutant le plus souvent 12 heures après le genou droit avec les mêmes symptômes.

Le 5e jour, le genou droit désenflait mais, en même temps, ou déjà la veille le coude gauche enflait se mettait en flexion à angle obtus. 12 heures plus tard, hyperextention du poignet avec gonflement nettement fluctuant et élévation de la

température locale ; simultanément atteinte de l'articulation métacarpo phalangienne du pouce gauche. A la fin le coude droit et le poignet droit se prenait, mais pas constamment. Le 7e jour, retour complet à l'état normal au bien-être. Le 9e ou 10e jour, quelquefois déjà le 8e jour, le cycle recommençait avec un gonflement des coxo-fémorales.

Cette affection n'était pas influencée par les changements extérieurs, (temps, fatigue physique), les accès devenaient plus intenses au moment des règles.

Il y avait des irrégularités dans l'atteinte des poignets. Dans certains cas, la crise commençait par la hanche, dans d'autres par le genou. Le malade n'avait jamais de fièvre. Le cœur, les poumons, les appareils digestif et uro-génital paraissaient normaux. L'état moral était variable.

Les différents traitements essayés n'amenèrent aucune amélioration.

OBSERVATION XXI. Goix 1886

Au mois de septembre 1883, une jeune fille de 26 ans, Pauline D., employée à la fabrique de filtres Laurent, vient me consulter pour une hydarthrose des genoux à marche intermittente et périodique. Elle m'apprend qu'au mois d'août 1882 elle fut atteinte pour la première fois, sans traumatisme ni cause appréciable d'une hydarthrose du genou droit. Au bout de 5-6 jours cette hydarthrose disparut spontanément mais pour revenir bientôt après, durer le même laps de temps, disparaître de nouveau et ainsi de suite jusqu'à la fin de l'année.

Vers le commencement de 1883, la marche de l'hydarthrose se modifia : au lieu de 5-6 jours, elle ne durait plus

que trois jours ; au lieu du genou droit seul atteint jusque là, elle occupait successivement les deux genoux. Ce mode d'évolution persistait encore, malgré les divers traitements institués (teinture d'iode, vésicatoires, sangsues), quand la malade vint me consulter pour la première fois, le 20 septembre 1883. Les deux genoux se prennent toujours successivement, jamais simultanément. L'hydarthrose occupe pendant trois jours l'un des genoux ; puis elle disparaît et se montre sur le genou opposé, également pendant trois jours. Alors, pendant 3 autres jours, les deux genoux demeurent indemnes et sans épanchement ; puis survient une nouvelle attaque d'hydarthrose. L'épanchement articulaire s'annonce par une légère douleur, par une sensation de raideur dans le genou qui va se prendre,et en douze heures il atteint son maximum. On constate alors une notable tuméfaction du genou : les dépressions latérales de la rotule sont effacées : le cul de sac sous-tricipital, fortement distendu, forme relief sous la peau ; la fluctuation et le choc de la rotule sur les condyles s'obtiennent facilement. La peau a conservé sa coloration normale. Il n'y a pas de fièvre ; pas de douleur spontanée ou provoquée. Les mouvements d'extension et de flexion sont gênés mais possibles ; aussi la malade continue-t-elle à vaquer à ses occupations présentant seulement une légère claudication. Cette jeune fille présente un tempérament lymphatique. A première vue, on est surpris par la saillie notable des deux yeux ; il n'existe pas d'inégalité pupillaire. La malade a eu autrefois des palpitations, mais elle n'en souffre pas actuellement. L'auscultation des poumons est négative ; l'auscultation du cœur révèle un bruit de frottement assez doux qui s'entend au niveau du quatrième espace intercostal et qui ne coïncide pas avec les bruits du cœur. Ces bruits sont d'ailleurs

normaux. Pas de souffle ni au cœur ni dans les vaisseaux du cou.

Antécédents : père mort probablement d'une affection cardiaque, la mère se porte bien. La malade n'a jamais eu de fièvre intermittente ni d'autres maladies qu'une fièvre typhoïde à l'âge de sept ans et deux attaques de rhumatisme articulaire aigu et généralisé, l'une à seize ans et l'autre à vingt ans.

La première ne dura que 7 semaines, mais la deuxième la retint 5 mois sans travailler. Trois mois après, elle fut prise de palpitations cardiaques, pour lesquelles on lui administra de la teinture de digitale. Ces palpitations sont aujourd'hui disparues, et il n'existe plus aucun symptôme subjectif du côté du cœur. Menstruation régulière et sans influence sur l'hydarthrose.

Le travail de cette jeune fille consiste à présenter les feuilles de papier à la machine qui doit les transformer en filtres ; il l'oblige à rester debout toute la journée. Aucune des ouvrières qui travaille avec elle ne présente la même affection.

(Sulfate de quinine, 40 centigrammes en quatre pilules ; compression du genou avec une bande de diachylon).

Le 22 septembre 1883, l'hydarthrose occupe le genou gauche. Quant au genou droit, il est intact et ne présente plus de trace de l'épanchement constitué 2 jours auparavant ; pas de frottement ni craquements articulaires : pas d'induration du cul de sac sous-tricipital. Le 24 septembre, l'hydarthrose du genou gauche disparaît. Le 27 septembre, le genou droit est toujours intact, mais le malade y ressent les malaises précurseurs de l'épanchement.

Le 5 octobre, je remplace le sulfate de quinine par le

salycilate de soude à la dose de 4 gr. par jour, et je fais la compression avec une bande de flanelle. L'analyse des urines donne les résultats suivants : urine claire, limpide, coloration normale, réaction acide, densité 1023, ni sucre, ni albumine. Le 9 novembre l'hydarthrose présente toujours la même marche et la même intensité ; la seule amélioration c'est qu'elle survient sans douleurs. La malade accuse quelques douleurs dans les poignets.

Le 28 novembre, 6 grammes de diascoride par jour.

Le 13 décembre, une flexion de la joue droite est survenue à l'avant-veille, en même temps que débutait l'hydarthrose du genou droit. Or, chose remarquable, cette hydarthrose au lieu du durer 3 jours comme à l'ordinaire, a disparu dès le lendemain, en même temps que la fluxion génienne atteignait son maximum. Aujourd'hui pas trace d'épanchement ni à droite ni à gauche. La joue droite un peu plus rouge que la gauche, notablement tuméfiée, est le siège de douleurs spontanées, mais il n'y a pas et il n'y a jamais eu de douleurs dentaires. Il existe un point de carie à la face postérieure de la troisième molaire, inférieure et à gauche ; mais à droite, du côté correspondant à la fluxion, il n'y a aucune dent cariée.

Le 20 décembre, la fluxion de la joue droite a disparue ; pendant toute cette durée (11-18 décembre) les genoux n'ont présenté aucune trace d'épanchement.

Aujourd'hui hydarthrose du genou droit. La fluxion semble avoir modifié la marche de l'hydarthrose. Du moins depuis cette époque, l'épanchement articulaire se montre toujours pendant 3 jours, mais il apparaît presque simultanément sur les deux genoux, à 10-12 heures d'intervalle seulement. Auparavant les genoux étaient pris successivement. En outre, l'intervalle libre, au lieu d'être de 3 jours, se prolonge pendant 8-9 jours.

Même traitement ; je propose l'application de raies de feu sur le genou, mode de traitement qui a guéri le malade de M. Le Dentu, mais cette jeune fille refuse.

Dès lors, jusqu'en juin 1884, époque où je cesse de voir régulièrement cette malade, il ne survient aucune modification dans la marche de l'hydarthrose.

Actuellement encore, 1886, l'hydarthrose continue à se montrer tous les 10-12 jours. Un dernier détail : au mois de mars 1884, j'eus l'idée de rechercher le réflexe patellaire, mais toujours, soit pendant l'attaque d'hydarthrose, soit pendant la période intercalaire, il m'a été impossible de l'obtenir.

OBSERVATION XXII (Pierson, 1886)

Il s'agit d'une jeune couturière, anémique, qui avait souffert pendant 6 mois d'un gonflement douloureux du genou, revenant périodiquement tous les 8 jours. Plus tard le mal se montra dans d'autres articulations, en particulier dans les épaules et les poignets, mais d'une façon plus irrégulière. La malade était très affaiblie par une cure de salycilate instituée par différents médecins et durant déjà plusieurs mois. Elle était complètement alitée, ne pouvait plus rien manger, souffrait de l'insomnie, bref elle était dans un triste état. Je supprimai tout de suite tous les médicaments internes et ne fis qu'appliquer des courants faradiques sur le genou qui se trouvait pris juste à ce moment. Le gonflement disparut au bout de peu de jours. Je fis lever la malade, je lui donnai des stomachiques. Au bout de quelques semaines elle put sortir et reprendre son travail. Les attaques se répétèrent encore, mais d'une façon irrégulière,

les intervalles s'allongeaient, les manifestations locales diminuaient, de sorte que la malade se crût guérie. Comme elle habitait très loin de chez moi, je lui prêtai un appareil à induction pour qu'elle pût se traiter elle-même. Je l'ai observée pendant 2 ans 1/2. Depuis un an je l'ai perdue de vue, je ne crois pas qu'elle soit guérie, mais il est incontestable que le traitement électrique a de bons effets.

OBSERVATION XXIII (Pletzer 1886)

Mme H..., 40 ans, belle femme mère de 7 enfants, dont deux morts. Père mort de cancer de l'estomac, mère bien portante. Tous les frères et sœurs ainsi qu'elle même jusqu'à apparition de l'hydarthrose intermittente périodique jouissaient d'une bonne santé.

Il y a 12 ans elle fut atteinte brusquement sans cause apparente d'un gonflement du genou droit, accompagné d'un mouvement fébrile peu important d'ailleur et sans troubles de l'état général. Au bout de 7 à 8 jours tout rentra dans l'ordre. L'appareil digestif ne présentait rien d'anormal, de même l'appareil urinaire. L'accès se produisit pendant les règles, il fut attribué par la malade à un refroidissement quoiqu'il n'y eût aucune raison pour cela. Au bout de 3 mois l'accès se répéta et évolua de la même façon, mais sans fièvre. Pendant 4 ans les épanchements se montraient au genou droit avec des intervalles libres de 3 mois. Il est difficile de savoir si le type cyclique existait dès le début.

L'épanchement était nettement intra-capsulaire, la bourse prérotulienne n'était pas interessée. La rotule ballotait nettement et le gonflement avait la forme d'un fer à cheval ouvert en bas. Au dessous de la rotule il n'y avait presque

pas de gonflement. Par contre, de forts bourrelets se dessinaient au dessus et sur les côtés de la rotule. La fièvre ainsi qu'une élévation thermique locale n'existait que lors des premier accès. L'articulation était très distendue et sensible à la pression profonde, complètement immobile. La malade marchait la jambe raide, la flexion provoquait des douleurs. Le genou droit mesurait 43 cm. à l'acmé de la crise, le genou gauche 35 cm. Après l'accès, pas de différence entre les deux articulations, ni au point de vue de la forme, ni au point de vue fonctionnel. 1 ou 2 jours avant le début de la crise, la malade éprouvait une sensation de tension, de tiraillements, de légère gêne fonctionnelle. Puis l'hydarthrose faisait son apparition sans cause extérieure évidente. Elle ne subit pas de rémission pendant une grossesse survenue il y a 10 ans. La menstruation non plus n'avait aucune influence. Les antécédents ne présentent rien qui soit intéressant pour l'étiologie ou la pathogénie de l'affection. Pas de prédisposition héréditaire ni aux rhumatismes ni à la diathèse urique. La malade n'a jamais eu la malaria. Pas de grosse rate. Elle a été examinée à ce point de vue à plusieurs reprises. Les traumastismes n'étaient jamais en cause. La menstruation régulière revenait toutes les 5 semaines. Pas de maladie de l'appareil génital,des viscères, en général. Les digestions parfaitement bonnes.

Tout fut essayé : la quinine, la solution de Fowler, application locale de froid, de teinture d'iode, de vésicatoires ; douches, massages, enveloppements, et pansements compressifs. Les accès continuèrent à se manifester tous les 3 mois. Je conseillai alors à la malade de suivre une cure à Neundorf, où elle prit des bains sulfureux et des bains de boue. Mais au lieu de l'amélioration espérée, les accès se manifestaient plus souvent, tous les 11 jours, seule la durée était un peu abrégee.

L'épanchement avait disparu en 6 jours, la maladie allait bien pendant 5 jour. Comme en dehors de cela elle se sentait bien, on cessa tout traitement. La malade ne fit que porter une bande de caoutchouc, et observer le repos pendant les accès.

Il y a 4 ans elle eut l'occasion de faire une cure à Meinberg. Là pendant 5 semaines on lui donna de nombreux bains d'eau de gaz et des enveloppements de boue. Lorsqu'elle revint de Meinberg, je trouvais l'état général, qui jusque là avait été parfait, bien changé. Je l'attribuai d'abord à l'action du CO_2, mais comme les phénomènes se manifestèrent plus tard sans intervention de CO_2, j'avoue que je suis revenu de cette opinion. La malade se plaignait d'angoisse, de palpitations. Pouls 130-140, léger souffle systolique, thyroïde légèrement augmentée de volume, exophtalmie, injection des conjonctives surtout le matin, bref je constatai tous les signes d'une maladie de Basedow. La malade avait bien maigri (de 8 livres), elle avait souvent de la diarrhée, surtout le matin.

L'épanchement du genou n'avait pas apparu.

Sous l'influence de quinine et de fer longtemps prolongés l'état général s'améliora un peu. Le pouls battait à 100, mais il n'y eut d'amélioration vraiment remarquable que lorsque l'épanchement reprit au bout de 4 mois pour se répéter tous les 11 jours. La thyroïde diminua, l'exophtalmie disparut, on n'entendait plus le souffle syxtolique. Avec le bien être reparut le désir d'être délivrée de l'hydarthrose. On réessaya les mêmes médicaments qu'avant et en plus l'acide salycilique et le salycilate de soude. De tous les médicaments il n'y avait que la liqueur de Fowler qui eut quelque action : elle abrégeait la durée des accès sans les supprimer. Ils revenaient tous les 11 jours mais ne duraient

que 4 à 5 jours. Après un traitement arsenical de 3 à 4 mois phénomènes d'intolérance troubles gastriques et insomnie.

Malgré le nombre considérable d'atteintes qu'avait subies le genou droit, il ne mesurait dans l'intervalle des attaques qu'un centimètre en plus que le genou gauche. En février 1879 grossesse et suppression de l'hydarthrose. Après l'accouchement l'état général demeura bon pendant quelque temps. Puis retour des règles et 8 semaines plus tard, catharre intestinal intense affaiblissement et symptômes du Basedow. Le pouls à 130-160. Thyroïde gonflée. Exophtalmie. Pas de souffle syxtolique cette fois-ci. Comme la malade se refusait énergiquement de se soumettre à une cure d'eau, je l'envoyais à la campagne en ordonnant de la quinine, du fer et beaucoup de lait. Je ne sais pas comment elle va évoluer, toujours est-il que l'état général s'améliore elle dort tranquillement, l'appétit est bon, les troubles intestinaux ont disparus, le pouls est à 100. Comme elle se plaignait recemment de tension douloureuse dans le genou droit, un retour de l'hydarthrose intermittente est à prévoir et avec cela la guérison complète. (?) Dès que l'épanchement va être reparu j'essayerai de l'ergotine en injection et du benzoate de soude.

OBSERVATION XXIV (Rosenbach 1886)

Mlle X., 18 ans, que je n'ai eu l'occasion de voir qu'une seule fois, dit souffrir, par intervalles, pas tout à fait réguliers, d'une affection du genou ou des deux genoux simultanément, affection qui gêne fortement la fonction du membre.

Les attaques apparaissaient d'abord toutes les 3-4 semaines, mais les derniers temps, elles se sont montrées plus fréquemment. Elles commencent par des tiraillements douloureux et par une sensation de raideur des articulations. Douleurs à la pression modérée. Peu après se montre un gonflement pâteux des parties molles péri-articulaires. Les mouvements du genou sont fortement gênés, quelquefois impossible. Il n'y aurait jamais de fièvre. Il ne semble pas y avoir de rapport direct entre le degré de gonflement de la région et l'intensité de la douleur. Même il paraît que dans certains cas un gonflement considérable des parties molles est accompagné de peu de douleurs.

Au bout de 3-6 jours, le gonflement diminue, les sensations douloureuses ont cessé déjà avant la disparition du gonflement et quelques jours plus tard, le genou est redevenu parfaitement normal.

On ne trouve dans toute l'histoire de la malade aucun élément intéressant au point de vue étiologique.

Les fatigues musculaires et des refroidissements ne semblent avoir aucune influence sur l'apparition des crises.

Lorsque je vis la malade à la fin de 1882, c'est le genou droit qui était pris. Aux dires de la malade, l'attaque aurait été moins intense que d'habitude.

Les parties molles étaient nettement tuméfiées, surtout sur les côtés de l'articulation. Pas de choc rotulien net. Mobilité de l'articulation très réduite. Douleur à la pression, dans un seul endroit : au niveau du condyle interne du fémur, douleur d'ailleurs modérée. Les douleurs spontanées avaient déjà cessé au moment de l'examen. Les essais de mobilisation provoquaient des sensations douloureuses.

Pas de fièvre. Température locale élevée. L'urine non albumineuse. L'examen des organes thoraciques et abdominaux négatif.

Comme toutes les médications employées jusque-là étaient restées sans résultats (iode, salyc, arsenic, électrothérapie), je prescris des injections d'ergotine.

Après 2 injections, le gonflement avait disparu, la mobilité de l'articulation était revenue. Au bout de 10 injections, interruption du traitement. Il n'y a pas eu de récidives depuis 3 ans 1/2.

OBSERVATION XXV (Nicolaysen 1887)

Homme, 31 ans. Pendant son service, en 1885, épanchement dans le genou droit, revenant après les efforts. 6 mois après, apparition régulière de l'épanchement dans des intervalles de 14 jours. Durée 3-4 jours. Dans l'intervalle, articulation non douloureuse, au surplus, petite tuméfaction dans l'articulation.

Massage, quinine, salycilate sans succès. Avec arsenic, petite amélioration.

OBSERVATION XXVI (Friedenberg 1888)

Mme S., 22 ans, mariée, vint me trouver en mai 1885 au sujet d'une affection particulière et persistante des genoux durant plusieurs années. Un court examen de la malade nous fournit les détails suivants : toujours bien portante, sans être très forte. Premières règles à 14 ans, c'est à cette époque que les troubles présents apparurent. Ils consistaient en un gonflement douloureux du genou droit, précédé de douleurs considérables dans la région inguinale, accompagnées

de raideur, douleur, tension dans la jointure, dont le pourtour augmentait rapidement et restait ainsi plusieurs jours. Cette attaque nécessitait le repos au lit pendant 3 jours sur 5 que durait l'attaque. Son développement était rapide et atteignait son maximum le 3e jour, disparaissant graduellement. Pendant 15 jours, la santé redevenait parfaite avec usage intégral du membre. A ce moment, l'attaque recommençait dans la même articulation, mais avec une plus grande intensité. Une autre quinzaine passée partant du dernier jour de l'attaque précédente et au commencement du 14e jour, une attaque similaire à la précédente survenait. Elle dura environ 6 jours et, une fois terminée, fut suivie immédiatement par une autre, affectant le genou gauche, se développant de la même manière et durant 5 jours. Pendant les 3e, 4e, 5e accès, les deux genoux furent pris. Le gauche toujours au déclin du gonflement du droit, mais avec une intensité moindre. Chaque attaque successive survenait avec intensité croissante jusqu'à la sixième où les deux genoux furent également atteints. La 7e attaque fut limitée au genou droit et la 8e, quinze jours après, au genou gauche. Depuis ce temps, les attaques sont revenues avec une régularité remarquable alternant d'un genou à l'autre pendant 7 jours. La malade pouvait prédire l'arrivée de chaque attaque et pouvait en préciser le jour et l'heure. L'attaque survenait exactement 21 jours après la date d'apparition de la précédente ; elle durait 7 jours, laissant ainsi un intervalle de 14 jours de parfaite santé.

Finalement, à 22 ans, la malade se maria. A son grand plaisir, l'attaque qui suivit cet événement et qui devait survenir 12 jours après, fut très courte et bénigne et, à l'apparition du 21e jour suivant, rien ne survint et les attaques manquèrent depuis ce moment pendant toute la durée de

la grossesse. La malade allaita son enfant pendant 2 semaines. Elle devint de nouveau enceinte 4 mois après. Le second enfant naquit et les attaques qui n'avaient pas reparu depuis son mariage, refirent leur apparition.

Au début, elles furent légères, mais augmentèrent en intensité et revinrent régulièrement pendant la lactation, pendant l'absence des règles et après de la même façon. Toutes les méthodes imaginées de traitement n'avaient pu triompher de la maladie.

L'articulation droite avait été ponctionnée et évacuée 3 fois avant le mariage ; la gauche une fois depuis la réapparition des attaques et on avait recueilli environ 1 cuillerée à soupe d'un liquide jaunâtre gelatineux continuant à sourdre de l'articulation pendant une 1/2 heure après la ponction. Le rythme des attaques a changé depuis leur réapparition. Au lieu de revenir à des intervalles réguliers de 21 j. elles apparaissent tous les 12 jours. Le genou gauche fut d'abord seul atteint au début, il y a 7 ans, mais après la 3e attaque le genou droit fut également atteint, gonflant immédiatement après le déclin du genou gauche ; pendant les 4e, 5e, 6e accès les deux genoux furent pris successivement. La 7e attaque fut limitée au genou gauche, et depuis lors le genou *droit* n'a plus été atteint. Les accès durent 6 jours empêchant la marche. Ils sont toujours précédés de douleurs dans l'aine, sont accompagnés d'un abattement général, d'anorexie complète. Pas de fièvre, ni céphalie, ni douleurs dans les autres articulations. Impotence fonctionnelle pendant 3 jours, la douleur empêche même le sommeil. Le dernier accès a fini il y a 3 jours. J'ai assisté à une attaque le genou gauche était gonflé et donnait une sensation nette de résistance élastique ; la fluctuation était limitée à la capsule articulaire.

Les dépressions antérieures de la rotule étaient effacées et l'on pouvait facilement déplacer le liquide : choc rotulien. Les mouvements passifs du genou étaient anormaux par suite de la distension de la capsule ; les mouvements actifs peu étendus, douloureux. Point de douleur à la pression au niveau de l'insertion du ligament latéral interne vers le tibia. La maladie atteint son maximum le jour suivant ; les manifestations étaient les mêmes, mais moins marquées. La distention de la capsule était telle qu'elle en était rigide. La douleur était très violente, toute tentative de mobilisation entraînait de la contracture musculaire.

Température locale augmentée ; circonférence 37 cm. celle de l'autre genou 30. La malade s'était alitée et avait éprouvé un certain soulagement par la glace. Le 4e jour diminution remarquable de tous les symptômes et le 5e jour le malade pouvait marcher à l'aide d'une canne. Le 6e jour elle put venir chez moi. L'examen de la jointure ne montrait pas la moindre anomalie, excepté une légère différence d'environ 1 cm. dans la circonférence des deux genoux. Les mouvements étaient parfaits dans tous les sens et les contours osseux normaux.

OBSERVATION XXVII. (Eschricht 1888.)

Mlle Marie K. 22 ans, entre à la clinique de Kiel, le 1 j. 1886, pour une affection du genou.

A l'interrogatoire nous apprimes que le père de la malade était mort d'une tumeur de l'estomac (?). La mère bien portante. Tous les frères et sœurs de la mère morts *phtisiques*. 2 frères et sœurs de la malade bien portants. Elle mè-

me étant enfant a beaucoup souffert de *ganglions au cou*, que l'on sent encore un peu. Il y a 8 ans, à l'âge de 15 ans, début de la menstruation et gonflement du genou droit. Ce gonflement disparut au bout de quelques jours mais reparut le 12e jour. Depuis ce temps, tous les 11 jours, gonflement du genou. Ce n'est qu'à l'acmé de l'épanchement que la malade éprouve quelques douleurs à la pression qui ne l'empêchent pas de travailler et n'amènent pas de troubles généraux. Dans l'intervalle des attaques le genou droit malade ressemble absolument au genou gauche. Les accès articulaires sont d'une telle régularité que la malade les prédit d'avance. Le mal a été traité par tous les moyens sans succès. C'est pour cela que la malade est entrée à la clinique chirurgicale.

Etat actuel. — La malade se présente comme une jeune fille robuste d'aspect florissant. Le genou droit paraît fortement enflé. La forme permet de reconnaitre que le maximum du gonflement porte sur la partie supérieure — le cul de sac sous-quadricipital choc rotulien. *Mensurations* : genou malade 38 cm, genou sain 33 cm. Les parties molles péri-articulaires ne paraissent pas plus chaudes. Il n'y a pas de phénomènes inflammatoires. Il paraît tout de même y avoir quelques troubles fonctionnels car la malade boîte en marchant. En dehors de cette affection articulaire, la malade ne présente rien d'anormal. Elle est parfaitement bien portante, se sent bien dans l'intervalle des accès.

Rien de pathologique à l'examen ses organes internes. Pendant les 11 jours suivants nous avons pû nous convaincre que les constatations de la malade étaient exactes : le 2 juin (jour de l'entrée) l'épanchement avait été à son maximum, il avait diminué avec quelques oscillations les jours suivants. Le 4e jour il n'y avait plus que 2 cm de difference

entre les deux genoux. 10 jours après la dernière acmé, le gonflement recommence, il atteint son maximum le 12e j. Le 8 juillet ponction de l'hydarthrose. Petite incision de la peau, puis ponction avec un trocart à la face externe de l'articulation.

On retire 50 c. c. d'un liquide clair comme de l'eau. Pansement de la plaie. Bandage de Cambrie. Le 15 juillet on défait le pansement. La plaie de ponction guérie. Application d'une légère bande élastique. La malade se lève, marche sans difficultés. L'accès suivant, 19 juillet, très atténué. La malade désire retourner chez elle. Elle sort améliorée. En 1888, le maire de sa commune nous écrit que la malade souffre toujours, mais que l'intervalle libre entre les attaques est de plus longue durée.

OBSERVATION XXVIII (V. Brinken, 1889)

Le cas que je vais rapporter présente ceci de très intéressant que la malade avait souffert depuis 16 ans, que tous les traitements appliqués jusque-là étaient restés sans succès, en outre un lavage de l'articulation fut fait par M. Eschricht, et que je réussis à la guérir en quelques mois.

Mlle Marie K.. , 22 ans, se présenta à ma consultation le 18 mai 1888, pour une hydarthrose intermittente des deux genoux. Au point de vue des antécédents, tout ce que je pus constater, c'est qu'elle était atteinte de cette affection depuis l'âge de 13-14 ans et que le genou droit était atteint le plus souvent. Tous les 12 jours l'affection atteignait son maximum pour disparaître après en 2-4 jours. La malade dit qu'elle a peu souffert au début et qu'elle n'a pas fait attention à son mal.

Mais peu à peu le gonflement devenait plus intense et plus douloureux, elle pouvait pourtant faire son travail sans interruption. Elle dit avoir employé beaucoup de moyens thérapeutiques, tous sans succès. En 1886 elle passa 7 semaines dans le service du docteur v. Esmarch (obs. Eschricht). Le 8 juillet on y fit une ponction de l'articulation suivie de lavage. Immédiatement après il semblait y avoir une légère amélioration, mais bientôt tout fut revenu à l'état antérieur. En janvier 1888 le genou gauche qui était resté sain jusque-là se prit également, d'abord d'une façon peu intense, mais peu à peu les choses allèrent de moins en moins bien à ce point qu'elle fut obligée de garder le lit à chaque accès. Dans le genou droit, par contre, les douleurs avaient plutôt diminué. En ce qui concerne les antécédents familiaux il y aurait de la *phtisie* dans la famille maternelle, sa mère elle-même est bien portante. Le père est mort de *tuberculose*. Les frères et sœurs sont bien portants. La syphilis est à exclure. Elle n'a jamais eu la malaria. Etant enfant elle a été très *scrofuleuse*, elle a surtout souffert de rhinite. Actuellement la malade se présente comme une femme assez grande, maigre. La peau est d'un jaune sale dans les plis articulaires au niveau du tour de taille, le teint, par contre, est assez frais.

Le nez un peu élargi, les glandes maxillaires, surtout à droite, sont nettement augmentées de volume.

A l'examen des viscères, on trouve la rate grosse (20 c.), en dehors de cela, rien d'anormal. Les deux genoux sont également enflés, la configuration normale est effacée, ballottement de la rotule. Le genou au-devant de la rotule mesure 37-38 cent., et malgré cela la malade avait pu faire un trajet de plus de sept kilomètres, signe d'indolence relative.

Au bout de 5 jours la malade revint pour montrer ses genoux revenus à la normale.

Le type intermittent de l'épanchement joint à la grosse rate me parut être une indication pour l'administration de la quinine. Elle en prit 1 gr. 50 en pilules et l'accès suivant manqua à la grande joie de la malade. Malheureusement il n'en fut pas de même la fois d'après où il se montra au moment attendu. Une nouvelle dose de 2 gr. n'eut aucun effet. Alors j'eus recours à l'arsenic qui fait souvent bien dans les cas invétérés de malaria.

J'ordonnai donc la liqueur de Fowler (x g., plus tard jusqu'à XVIII g.) J'eus la satisfaction d'apprendre à la fin novembre que les accès ne s'étaient répétés que tous les 16 jours et qu'ils avaient été de plus en plus atténués. La dernière attaque, très faible, a eu lieu le 25 octobre. Une mensuration de la rate le 13 novembre donne 16 cent. ; le 6 déc., 14 cent. Dès que la malade essayait de prendre I g. en plus de la liqueur de Fowler, elle avait des crampes d'estomac et des nausées. La dose de IX g. n'a pas été dépassée. Depuis le 12 novembre la malade venait me voir tous les jours. Traitement faradique de la rate pendant 3 semaines sans aucun résultat.

Mais l'aspect général de la malade était bien changé. Elle disait se sentir comme ressucitée. Depuis l'amélioration, prurigo aux jambes.

Pas de récidive jusqu'ici (juillet 1889). Je crois pouvoir parler de guérison.

OBSERVATION XXIX (KOSTER, 1892).

A. A..., 27 ans, pas mariée. Mère bien portante ; frère mort probablement de syphilis ; 2 frères et sœurs en bonne santé. Elle-même a toujours été faible, jamais malade. Il y

a huit ans, entorse du genou gauche qui enflait et demeurait douloureux. 14 jours après, gonflement considérable, mais, après badigeonnage à la teinture d'iode, guérison en 8 jours. Depuis, la malade éprouvait une certaine faiblesse du genou gauche. Au bout d'un mois, le genou enfla de nouveau, sans douleurs. Le gonflement disparut bientôt. Depuis, l'épanchement apparaît souvent sans cause apparente, mais surtout après des fatigues ; il persiste un temps plus ou moins long. Ordinairement, la peau de la région était pâle, tendue, il n'y avait pas de douleurs à la pression, mais difficulté, gêne des mouvements.

Depuis 1886 la malade souffrait beaucoup avant l'apparition de l'épanchement, soit dans le genou, soit dans la cuisse (partie postérieure), jamais dans la jambe ni au pied. Les douleurs ont empiré peu à peu. Elles apparaissaient à la fin, soit le jour, soit la nuit, pour 1 ou 2 heures ; elles devenaient plus intenses avec les changements de temps. L'état général, lui aussi, devint mauvais. Nausées, vomissements d'aliments non digérés, renvois, douleurs à l'épigastre. Avant l'épanchement se manifestaient des coups de chaleur à la tête sans céphalée, des vertiges. En général, elle se sentait mieux au moment de l'épanchement que dans l'intervalle libre. En 1887, ponction du genou. La malade ne dit pas comment était le liquide retiré. 3 semaines après, le genou droit enflait, le genou gauche restait normal. Cet épanchement se manifestait périodiquement avec des intervalles libres de 8 jours. Il était précédé de douleurs le long de la face postérieure de la cuisse, sans que le genou lui-même devienne douloureux ; céphalées et vomissements.

Le gonflement augmentait ordinairement pendant trois jours, mettait le même temps pour disparaître et reparais-

sait au bout de 6 ou 8 jours. Les règles ont toujours été régulières — ces derniers temps elles ont été plus fréquentes sans qu'il y ait une relation nette avec les accès articulaires. Depuis quelques années, la malade souffre d'une affection des yeux de nature *scrofuleuse*.

Etat actuel, octobre 1890 :

La malade est une personne robuste de bonne constitution, mais un peu anémique. Langue légèrement chargée, appétit bon, tendance à la constipation. Pas de sucre ni albumine. Température normale. Moral déprimé. La malade est assez nerveuse. Elle se plaint de douleurs à l'épigastre, de nausées, vomissements de temps à autre, légers vertiges. Le gonflement du genou se montre régulièrement comme il a été décrit plus haut. Pendant l'épanchement, le genou droit mesure 40 centimètres, le genou gauche 35 cm. La région articulaire est pâle, de température normale. L'épanchement est uniquement intra-articulaire. La bourse prérotulienne, en particulier, est toujours libre. La fluctuation est nette. La pression et de légers mouvements ne provoquent pas de douleurs. Le genou peut être placé à angle droit ; Lorsqu'on veut aller plus loin, sensation de tension douloureuse. La marche est un peu gênée. Dans l'intervalle des accès, elle est complètement normale. Les deux genoux sont absolument pareils. Le sciatique n'est pas sensible à la pression. Rate, foie, autres viscères normaux.

Traitement : quinine, arsenic, courants galvaniques sans influence.

Cet état restait stationnaire jusqu'en 1891. A ce moment, dit la malade, la partie droite de sa figure présentait parfois une rougeur vive avec sensation de chaleur et de tension avec élévation de la température locale. Les derniers temps elle a aussi de la polyurie. Le matin, la quantité d'urine est

normale. Mais, au cours de la journée, se manifestent de fréquentes envies d'uriner. L'urine devient de plus en plus claire comme de l'eau. Au bout de quelques heures, parfois une journée, cet état cesse. Les douleurs gastriques sont devenues plus intenses et la constipation opiniâtre. Dernièrement, les deux genoux ont enflé (le genou gauche était resté normal de 1887 à 1891). La fluxion articulaire disparaît plus vite lorsqu'il y a de la polyurie.

Pas de palpitations. La thyroïde est un peu augmentée de volume, il est impossible de dire depuis combien de temps parce que la malade ne s'en est pas aperçu. Les ganglions sympathiques ne sont pas sensibles à la pression. Pas d'exophtalmie, pas de signe de Graefe ni de Stellweg. Les pupilles sont égales, de dimensions normales, réagissent bien.

Février 1891. — La malade a eu beaucoup de vertiges. Parfois elle n'a pas pu rester debout ; en même temps, nausées et vomissements ; pas de céphalées. Le gonflement des genoux est moins régulier qu'avant ; ainsi, par exemple, le 20 février, le genou gauche enfla, le 23 le g nou droit se prit, ce qui fut précédé de douleurs violentes dans les deux jambes et la moitié droite de la figure.

Septembre 1891. — Malgré des bains de boues, pas de changements. Le gonflement des genoux est redevenu régulier comme auparavant, les phénomènes secondaires sont les mêmes. Il s'y ajoute encore de fortes sueurs.

OBSERVATION XXX (Schuchard 1892)

Lieutenant, pris en 1886 de douleurs dans le creux poplité gauche sans cause. En juin, gonflement périodique tous les 8-14 jours, avec douleurs, sans troubles dans l'état

général. Cure à Wiesbaden sans succès. Vers le 15 sept. enflement tous les 8 jours sans douleurs. En 1887, les accès restèrent quelque temps sans revenir. Le 12 janvier 1888, ponction et lavage de l'articulation. Pas de gonflement jusqu'à l'automne. A ce moment, fort gonflement qui disparut sans traitement. Ensuite, les accès apparaissent plus légers. Nouvelle guérison jusqu'en automne 1889. Depuis ce moment, légers accès tous les 11 jours. Depuis mars 1890, accès plus sérieux. Le malade prend l'iodure de k. jusqu'en mars 1891. Plus d'accès.

OBSERVATION XXXI (Colonna, 1892)

Mme Angèle, commerçante à Turin, 33 ans. Père âgé de 68 ans, bien portant. Mère tousse (*bacilles de Koch dans les crachats*). Frère bien portant. Une sœur morte *d'hémoptisie* dans les suites de couches.

Cette dame n'avait jamais eu de maladies graves avant l'affection actuelle. Réglée à 14 ans, régulièrement ; mariée à 18 ans, elle eut 2 enfants. Les grossesses et les couches ont été normales. Il n'y a pas eu d'avortements. Des deux enfants, l'un est mort à l'âge de 4 ans de *méningite tuberculeuse*, l'autre vit, il est bien portant.

Au mois de ....., Mme A fut prise brusquement, sans cause apparente, de douleurs au genou gauche. La tuméfaction augmentait rapidement pendant 3 jours pour diminuer ensuite. Elle avait disparu le 5e jour. Le même phénomène se répéta au bout de 7 jours. Le gonflement disparut le 5e jour. Une série d'accès ont suivi, bref, il s'est établi un cycle typique d'hydarthrose intermittente périodique du genou. Elle fut traitée par des badigeonnages à la teinture

d'iode, vésicatoires ; en plus de cela, salycilate et plus tard quinine à l'intérieur. La seule modification fut une disparition de la douleur qui n'existait plus que les toutes premières heures de l'accès. La malade n'était plus obligée de rester au lit. Au bout de la première journée, elle pouvait se lever, faire quelques pas.

Lorsque je vis la malade 3 mois plus tard, je pus constater que les extrémités du fémur et du tibia étaient normales, la jointure très distendue. Ballottement de la rotule peu net.

Le liquide intra-articulaire distendait surtout la partie supérieure de l'articulation et faisait saillie en 2 bourrelets des deux côtés du tendon. On avait l'impression d'un liquide séreux peu dense. Si la rotule ne ballottait pas nettement cela tenait à la tension exagérée de la capsule et non pas à la densité du liquide.

Mon impression fut qu'il s'agissait d'une affection de nature *tuberculeuse*. Je pus constater qu'en effet les intermittences étaient très régulières et qu'il n'y avait pas de fièvre. Temp. rectale max. 37°6, aussi bien pendant l'accès que dans l'intervalle.

La rate, le poumon étaient normaux, de même toutes les autres articulations. La malade n'a jamais eu aucune maladie nerveuse, ni malaria, ni rhumatismes, ni aucune affection du squelette ou des viscères. Il n'y avait qu'une *large cicatrice du côté droit du cou*, trace d'une suppuration prolongée qu'elle avait présenté dans sa jeunesse.

L'application d'un bandage immobilisant et compressif, liqueur de Fowler à l'intérieur, firent vite disparaître les accès articulaires. Le genou devint libre et presque normal au point de vue de sa configuration anatomique. Le bandage devait être changé toutes les semaines pour s'adapter aux variations de volume du genou.

Au bout de 4 mois de traitement (8 mois depuis le début de la maladie) je pus lui permettre de vaquer à ses occupations avec une simple genouillère compressive. Son membre inférieur était parfaitement valide.

Au mois de juillet de l'année suivante, j'eus l'occasion de revoir la malade pour une hydarthrose au genou droit. Cette affection fut absolument analogue à la précédente, sauf peut-être que l'accès était moins douloureux et les intervalles libres variables de 5-6 jours ou de 8-10 jours. La période était donc un peu moins régulière.

Même traitement. La malade me quitte guérie en novembre 1892. La malade se trouve bien un an, depuis l'hydarthrose du genou droit. Je ne prétends pas qu'elle n'aura pas dans l'avenir d'autres manifestations de la même nature.

OBSERVATION XXXII (Kennedy)

J. B..., ouvrier citadin 33 ans. Le 5 septembre 1892 je fus appelé auprès du malade qui se disait atteint d'une violente attaque de rhumatisme. J'appris que la première attaque 1888 avait siégé dans le genou gauche mais qu'elle fut légère ; il se remit entièrement en 4 ou 5 jours. Mais il a eu des attaques semblables tous les 21 jours. Il dit que chaque attaque durait de 3 à 5 jours le genou devenait enflé et très douloureux. A part cela, bonne santé. J'ai vu 25 de ces attaques. Le genou gauche devenait très enflé et très œdématié avec des douleurs excruciantes. A chaque examen j'ai trouvé du liquide dans l'articulation relevé par la fluctuation et le choc rotulien. Pendant 3 jours de chaque crise il reste alité et tout mouvement est la cause d'une exacerba-

tion dans les douleurs. Epanchement intra-articulaire. L'accès dure 5 jours, le maximum au 3e jour, disparition au 5e jour. Il a une attaque semblable exactement 24 jours après le dernier jour de l'attaque précédente. Pendant ces 24 jours de rémission il ne souffre aucunement dans le genou ; il travaille régulièrement comme terrassier. Il peut prédire jusqu'à l'heure de l'apparition des attaques ; il dit que c'est au moyen de sensations indéfinissables.

Quinine, fer, strychnine, ergotine, acide carbonique, huile de foie de morue, électricité, salicylate, bains sulfureux sans bénéfice. Pas de syphilis.

OBSERVATION XXXIII (Grube 1894)

Mme X..., anglaise, 33 ans, pas d'enfants. Menstruation régulière depuis l'âge de 14 ans. D'après ce qu'elle dit, elle serait rhumatisante et nerveuse, très vive d'ailleurs et intelligente. Elle fut atteinte pour la première fois en 1884 peu de temps avant une infection typhique légère. Les circonstances étiologiques ne sont pas dépourvues d'intérêt : la malade, jeune fille alors, habitait avec sa famille Depuis quelques mois elle se sentait mal à l'aise. On apprit plus tard que la maison était mal drainée. A la même époque plusieurs membres de sa famille avaient des malaises passagers. Seule la jeune fille eut une fièvre typhoïde légère. Pendant 4 ans, (1884-88) les accès articulaires se répétaient régutièrement et périodiquement. En 1888 cure de massage jointe à l'exercice de gymnastique. Après cette cure guérison qui dura 4 ans. Au bout de ce temps les attaques réapparurent. La malade ne saurait pas dire pourquoi. Elle

se sentait bien, elle se rappelle avoir été très fatiguée et déprimée par des soins donnés à son père gravement malade.

L'attaque commence par une sensation de fatigue surtout au niveau du dos ; à la suite de cela, douleur aiguë au dessus du genou gauche. Après ces prodomes le genou enfle brusquement, souvent pendant le repos ou la nuit (elle se couche avec un genou normal et se réveille le matin l'articulation très enflée). Sensation de grande faiblesse dans les deux jambes, surtout à gauche. Troubles de la sensibilité, engourdissements d'où incertitude de la marche et de la station debout. Pendant les attaques un peu fortes, la malade n'était pas capable de monter et de descendre les escaliers toute seule. Dans une maison de gymnastique où elle soulevait d'habitude les poids les plus lourds, c'est à peine qu'elle soulevait les poids les plus légers. Lorsqu'elle marche pendant l'attaque le genou gauche fait mal sans que la douleur augmente par le mouvement. Le genou enflé est le plus souvent tout à fait dur. Pendant les 4 premières années de sa maladie le genou droit avait été affecté de temps à autres, toujours moins fortement que le genou gauche. Souvent il y avait de la diarrhée pendant l'attaque, en général, tendance à la diarrhée.

Pas de symptômes généraux en dehors de la fatigue. L'accès durait d'habitude trois jours puis disparaissait brusquement comme il était venu. La malade éprouvait un soulagement soudain. A la 2e époque de la maladie, (depuis 1888), il y avait uniquement douleur du genou sans épanchement. Celui-ci ne réapparut que plus tard. Il n'y avait aucun rapport avec la mensuration. La malade a consciencieusement enregistré les dernières attaques. Elles ont eu lieu les 11, 22 février, 5, 16, 29 mars, 8, 20, 30 avril.

Examen de la malade.— Femme de petite taille, d'aspect florissant. Viscères rien d'anormal. Rate nettement percutable. Genou gauche même dimension que le droit. Rotule facile à déplacer a droite et à gauche. Pendant ces mouvements, légère crépitation au genou gauche. Le sciatique sensible à la pression, surtout à gauche. Sensibilité normale égale des 2 côtés. Pas d'ovarie. En Angleterre, on avait pris cette affection pour du rhumatisme articulaire et envoyé la malade aux bains de Nenenohr.

Je lui fis donner des bains à 28° Réaumur et faire passer le courant chaud par l'articulation. En dehors de cela, galvanisation, anode sur les points douloureux. Pendant le traitement, je pus observer deux attaques, la première assez forte (la malade dit en avoir eu de beaucoup plus fortes) La 2e fut plus faible.

3 juin. — L'attaque depuis hier après-midi. Le gonflement est apparu dans le courant de l'après-midi.

A la mensuration, 39 cm. au lieu de 37 cm. Les contours de l'articulation effacés. Pas de rougeur ni chaleur. La température locale ainsi que la température générale normales. L'épanchement semble assez dense, gélatineux. Il n'y a pas de fluctuation, pas de ballottement de la rotule. L'articulation donne la même sensation qu'un ganglion ramolli.

Pas d'œdémes. Douleurs à la pression. Les mouvements passifs ne sont douloureux que lorsqu'on étend ou que l'on fléchit le genou fortement. La pression du sciatique et du nerf tibial très douloureuse. Sensation de faiblesse dans toute la jambe gauche. Au mollet gauche, crampes de temps à autre. Pas de troubles de l'état général, pas de diarrhée, rate normale.

4 juin. — Le genou gauche a diminué de 0 cm. 5, les contours se dessinent mieux, les crampes au mollet persistent.

5 juin. — A la mensuration, genou gauche normal. Plus de douleurs. Celles-ci, ainsi que les crampes ont disparu hier après une longue promenade.

Dix jours plus tard, deuxième attaque. Voici ce que je trouve dans mes notes :

13 juin. — Depuis ce matin, genou gauche et jambe gauche sensibles. Genou légèrement enflé, même sensation d'un contenu gélatineux. A la mensuration, 38 cm. Genou moins douloureux à la pression que la fois précédente. Sensibilité du sciatique et du tibial moindre aussi. La malade se plaint de crampes. Menstruation depuis hier.

14 juin. — Le gonflement a disparu. Tout est normal, les nerfs restent sensibles à la pression.

16 juin. — Liqueur de Fowler à commencer par II gr. × 3, augmenter jusqu'à X g. × 3. Etat général parfait.

21 juin. — La malade nous quitte.

Jnsqu'au mois d'août, pas d'attaques. Le 14 août, mort du père de la malade. qu'elle avait soigné les derniers 14 jours. Pendant ce temps, diarrhée persistante. Le 24 août, violente attaque au genou droit. Le 4 septembre aux deux genoux.

OBSERVATION XXXIV (Chauvet, de Royat)

M. X..., homme de lettres, 35 ans environ. Rien à noter dans l'hérédité. Bonne santé antérieure, à part une syphilis assez grave en 1879 dont il ne reste pas de trace actuellement.

Jamais de paludisme. Depuis 1886 souffre de la maladie actuelle qui a eu une marche continue avec quelques alternatives de mieux et d'exaspération sans jamais disparaître complètement.

Au début le malade a vu se développer sans cause appréciable connue, une hydarthrose des deux genoux sans phénomènes douloureux. Le malade ressentait une gêne dans les articulations qui l'empêchait de marcher vite, de monter et de descendre rapidement les escaliers. Cette hydarthrose après avoir augmenté pendant 2-3 jours, a diminué progressivement pour disparaître complètement. Il eut donc un accès avec période d'augmentation et période de décroissance. Le malade se croyait débarrassé quand trois jours après il se produisit un nouvel accès avec les mêmes symptômes, la même durée. Depuis cette époque le malade a constaté régulièrement tous les neuf jours un pareil accès. Comme je l'ai dit plus haut, il y eut très peu d'irrégularité, soit comme durée, soit comme intensité de l'accès.

Les deux genoux furent pris simultanément au premier accès, mais cette simultanéité n'existe pas toujours.

L'accès dure quelques heures de moins à droite qu'à gauche, par exemple à l'accès suivant le genou qui a été le premier libre se reprend avant l'autre de telle façon que si on traçait la courbe des accès des deux côtés, ces courbes finissent par se chevaucher ayant leur maxima de plus en plus distant, si bien même que le malade a vu l'accès terminé dans un genou et être au maxima dans l'autre.

Nous avons examiné le malade pendant une période de maximum dans les deux genoux. Nous ne constatons ni rougeur ni douleur à la palpation et dans les mouvements restreints qui pouvaient être exécutés. Le gonflement des deux articulations est général, mais plus marqué dans les culs-de-sacs supérieurs. Le liquide épanché paraît épais, gélatineux, il est impossible d'obtenir le choc rotulien. A gauche il y a une douleur sur le trajet du nerf sciatique. Elle n'est pas très vive, mais s'exaspère à la pression. Le

malade a souffert précédemment a droite sur le trajet du même nerf. Examiné pendant une période de minimum, l'articulation paraît normale, la sensibilité du sciatique gauche est moindre aussi. Pendant la saison que le malade a fait à Royat la marche de la maladie a été très régulière. Il avait auparavant fait sans succès des cures à Dax, à Lamalon, à Barèges. J'ai eu des nouvelles récentes du malade. Royat aurait pour quelque temps remonté l'état général sans modifier en rien la périodicité des hydarthroses. Au mois d'octobre le malade a ressenti du lumbago, de la sciatique, des douleurs musculaires erratiques, des sensations de courbature très prononcée dans les mollets droit et gauche, et même dans la cuisse gauche. Il a fait fin novembre une nouvelle cure à Dax sans plus de succès que les précédentes. Il est actuellement à l'usage de l'iodure de potassium (3 gr. par jour). Une analyse d'urine faite au mois de juillet 1894, donne les résultats suivants :

Ni sucre, ni albumine.	
Quantité en 24 h.	720 c.c.
Densité.	1.031
Urée	23.50
Acide urique.	0.29
Acide phosphorique . . .	2.04

Il faut ajouter que le malade a épuisé tout l'arsenal thérapeutique : analgésiques, antipériodiques, électricité, etc., le tout sans aucune espèce de résultat.

OBSERVATION (Le-Même, Monod, 1896)

Mlle Marie, sans profession, 18 ans, entre à Saint-Antoine, le 14 février 1896.

Née à Plonnever-Moedec (près de Guingan), pays de nombreux marais et de fièvres intermittentes, où elle a con-

tracté l'affection qui occasionne son entrée à l'hôpital. Aucun accident héréditaire. Elle n'a eu aucune maladie antérieure, pas de fièvres intermittentes, pas de rhumatisme ni de chorée Réglée à 13 ans sans aucun accident, bien réglée, n'a jamais souffert. Etat général excellent. L'examen de l'état de tous les organes ne décèle aucune tare pathologique.

A l'âge de 14 ans (il y donc 3 ans 1/2), la malade fait une chute, son genou droit est frappé contre une pierre qui se trouvait sur le chemin, il se fait une plaie légère qui guérit facilement, sans que la malade dût pour cela garder le repos au lit. Il n'y eut, à ce moment, aucun gonflement de l'articulation ; pas d'épanchement sanguin qui puisse être incriminé.

L'accident eut lieu en décembre 1891. Deux mois après, 1892, sans cause aucune, ni fatigue, ni aucun traumatisme, sans douleur, sans fièvre, le genou droit a présenté un accès d'hydarthrose d'une durée de 8 jours, avec période d'augmentation pendant deux jours, période d'état d'une durée de quatre jours, période de décroissance d'une durée de deux jours.

La malade est restée au lit à cause de la gêne des mouvements, et surtout, parce que son entourage était assez effrayé de voir son genou grossir ainsi ; la malade nous dit, en effet, que son genou était très enflé, mais que la marche ne lui était pas impossible, qu'elle ne souffrait pas dans les mouvements de flexion qui, cependant étaient assez limités. Elle allait alors à l'école qui était assez éloignée du village qu'elle habitait.

Elle continua à marcher bien, le genou revenu normal pendant une quinzaine de jours, lorsqu'un nouveau gonflement se produisit dans ce même genou droit. Cette hydarthrose survint sans cause aucune. Elle était d'une durée de

huit jours, avec ses trois périodes, comme la précédente ; mais le gonflement fut peut-être moins accusé ; du reste, la malade ne garda pas le lit un seul instant, et continua à faire le trajet journalier pour se rendre à l'école. Il en fut ainsi pendant neuf à dix mois ; la malade ne peut préciser la date exacte des accès, ni la durée de cette première atteinte de la maladie, mais elle a remarqué nettement que deux fois par mois, à intervalles égaux, son genou enflait subitement, l'accès durant toujours huit jours avec ses périodes égales. A ce moment elle gardait parfois le repos au lit, non à cause de la douleur qui était nulle, l'impotence fonctionnelle n'étant pas non plus complète, mais il existait un peu de gêne des mouvements, et, comme le trajet à faire était assez fatigant, elle avait peur d'aggraver son mal. Dans l'intervalle des accès, le genou droit était peut-être un peu plus gros que l'autre, mais d'une augmentation de volume peu appréciable ; du reste, la gêne fonctionnelle était presque nulle. Quoique la malade ne puisse préciser exactement les dates des accès et la durée des intervalles, nous croyons avoir nettement un cas d'hydarthrose intermittente, caractérisé par des accès d'une durée de huit jours avec des intervalles de 14-15 jours entre les deux accès successifs.

Après 9 ou 10 mois d'accès ainsi réguliers, tout semble se calmer ou, du moins, les accès sont beaucoup moins nets ; la malade, à cette époque, garde le repos en restant à la maison, non à cause de son affection, mais parce qu'elle n'était plus tenue de marcher pour aller à l'école et qu'elle restait plutôt assise que debout ou en marche. Il y a douze mois, en février 1895, la maladie, sans aucune cause, revint avec un accès absolument semblable à celui qu'elle avait eu trois ans auparavant. Alors, la malade remarqua nettement que, comme à la première atteinte, son genou droit, tou-

jours le même, restait enflé pendant 4 jours, avec deux jours de période d'augmentation puis une diminution de deux jours : l'accès d'hydarthrose revenait avec sa durée première, accompagné des mêmes signes, sans autre atteinte à l'état général. Cet accès fut suivi d'un répit de quinze jours, puis un nouvel accès et ainsi de suite. A cette deuxième atteinte du mal, la marche était un peu gênée pendant les accès ; mais la malade ne se souvient pas avoir dû garder le lit, soit à cause de la douleur soit à cause de la fatigue. Cette nouvelle période de maladie dura jusqu'en septembre 1895. Depuis ce moment, la malade ne souffrait plus. Elle quitta son pays pour venir à Paris, en qualité de femme de chambre, en décembre 1895.

Le traitement suivi, durant le temps où elle eut ces deux atteintes du mal, fut nul : cataplasmes de fécules appliqués le soir pendant qu'elle était au lit et encore très irrégulièrement. Un médecin fut appelé à donner ses soins au début de l'affection, au moment du premier accès qui dura huit jours ; lorsqu'il revint voir la malade, tout avait cessé ; il la crût guérie, elle ne se fit plus soigner car elle n'avait plus besoin de travailler ; elle se soignait par le repos seul, lorsque son hydarthrose l'irritait, ce qui, du reste, était très rare. Il y a 4 jours, par conséquent le 10 février, après être restée 1 heure sour les genoux pour laver un plancher, la malade, alors domestique, fut prise d'un nouvel accès, et, comme elle craignait une impotence fonctionnelle et surtout des accès répétés périodiquement, comme elle en avait eu en 1892 et 1895, elle entra à l'hôpital, non que son mal la gênât beaucoup, mais parce qu'elle avait peur de ne pas pouvoir faire un travail un peu pénible. Elle ne pouvait, en effet, rester debout pendant longtemps sans éprouver un peu de lassitude.

Etat actuel: — A l'examen local, nous voyons une tuméfaction assez prononcée du genou droit, la fluctation est évidente dans l'article, le choc rotulien net. Ce sont surtout les culs-de-sac supérieurs de la synoviale qui sont tendus et fluctuants, la fluctuation se renvoyant nettement des culs-de-sac supérieurs à la rotule et de la rotule aux culs-de-sac sup. Aucune rougeur à la peau, aucune douleur à la pression.

L'examen du membre inférieur correspondant, nous montre une sensibilité normale de tous ses points ; la douleur est nulle, pas d'élévation de température au niveau de l'article, les mouvements d'extension sont complets, ceux de flexion un peu limités. Le pied n'arrive pas à toucher la région fessière, mais la jambe se plie à angle assez aiguë, sans aucune douleur. Il n'y a pas d'atrophie de triceps, pas de troubles trophiques de la peau ni de ses accessoires ; poils, ongles, glandes sudoriques. Ce fait nous frappe, aussi le recherchons-nous avec beaucoup de soins, car avec une hydarthrose aussi accentuée, qu'elle soit aiguë ou chronique il y aurait certainement atrophie musculaire. Nous interrogeons alors le malade pour savoir si, au moment des autres accès, sa cuisse était ordinairement diminuée de volume ; elle nous dit ne l'avoir jamais remarqué ; du reste les fonctions du membre ont toujours été conservées, quelle que soit la quantité de l'épanchement qui ait eut lieu dans le cours de nombreux accès périodiques.

Mensuration des deux genoux :

	Au niveau de la rotule	Au niveau du cul-de-sac	Au niveau du tend. rot.
Gen. droit	38 cm.	41 cm.	34 cm.
G. g. sain	33 cm.	34 cm.	31 cm.

Cuisse droite à 12 cm. au-dessus du point saillant du condyle int. 40 cm.

Cuisse gauche saine à 12 cm. au-dessus du point saillant du condyle int. 40 cm. 5

Ces chiffres nous semblent assez éloquents, surtout pour ce qui est du développement du cul de sac tricipital où nous observons une différence de 7 cm. entre la circonférence des deux genoux.

Ils nous montrent aussi nettement qu'il n'y a pas d'atrophie sensible des muscles de la cuisse. Nous avons recherché si une autre articulation était atteinte, nous n'avons absolument rien trouvé, nul trouble dans aucun organe examiné en particulier, pas de névroses ni de troubles menstruels. Etat général parfait. La malade étant robuste et parfaitement constituée. L'examen des secrétions ne nous a rien donné de spécial ; les urines ne contiennent ni albumine ni sucre. La quantité était de 800 cc. par jour environ, l'urée de 24 gr. la densité de 1.030. Comme l'hydarthrose semble à son apogée (nous sommes au deuxième jour de la période d'état). Monsieur le Dr Monod se décide, au lieu de tenter tout moyen médico-chirurgical, à pratiquer l'incision de l'articulation.

Arthrotomie le 18 février. Chloroforme, genou aseptisé, brossé au savon, passé à l'éther, à l'oxycyanure de Hg.

Une grande incision de 10 centimètres de longueur est pratiquée sur le côté externe du genou ; aucun muscle n'est rencontré.

L'incision se fait couche par couche, jusque près de l'articulation. Alors l'aide refoule le liquide du côté externe en pressant sur le cul de sac triciptal et la rotule ; sur ce point saillant, l'article est ponctionné au bistouri, il s'écoule du

liquide de la synoviale en grande quantité : 150 gr. environ, qui est pipé pour l'examen bactériologique, recueilli pour l'examen chimique.

La plaie est agrandie aux ciseaux : elle comprend toute la hauteur du bord externe de la rotule et du cul-de-sac supérieur.

Une contre-ouverture est pratiquée sur le côté interne de l'articulation, le doigt introduit dans l'article et servant de conducteur. L'articulation est séchée aux tampons secs.

L'examen montre alors une surface lisse ; aucune frange saillante de la synoviale n'est aperçue ; les surfaces cartilogineuses semblent lavées, mais ne présentent aucune lésion. Toutes ces parties sont touchées au nahptol camphré, puis la contre-ouverture interne est suturée, drain dans l'ouverture externe.

Pansement sec, gouttière, un peu de compression. Le drain est supprimé le 4e jour, les fils le 10e jour après l'intervention. Nouveau pansement et large compression pendant 15 jours ; lorsqu'il est enlevé, les plaies sont absolument cicatrisées. Les mouvements de flexion sont un peu douloureux mais se font facilement, il n'y a pas trace de liquide dans l'article.

Mesuration :

		au niv. de la rotule	au-dessus d. l. r.	au-dessous de la r.
Après l'opération	g. dr.	34	36	31
Avant —	g. dr.	38	41	34

Le genou droit est encore un peu plus volumineux que le genou gauche, mais cette légère différence peut être mise sur le compte de l'irritation de la synoviale produite par le naphtol camphré ; elle disparaîtra par le massage. Durant le traitement, la malade n'a pas eu la moindre élévation de

température. Elle reste dans le service durant tout le mois d'avril, elle n'a pas eu de reproduction de liquide ; la souplesse de l'articulation est complète à son départ, le 28 avril. Après un séjour au Vésinet, elle peut reprendre sa place de domestique.

Revue le 20 jnin, il n'y a plus eu d'hydarthrose, plus de trace de liquide dans l'articulation ; la malade se considère comme guérie.

Le liquide retiré du genou a été examiné par M. Macaigne. Les ensemencements sur bouillon et sur gélatine, pas plus que l'examen direct, n'ont rien donné.

Au point de vue clinique, le liquide contenait surtout de l'albumine coagulable par la chaleur, un peu de mucine et de chlorure de sodium. Cette analyse n'indique rien de bien spécial, ressemblant à ce que donne ordinairement le liquide de l'hydarthrose vulgaire.

OBSERVATION XXXVI (Senator 1896)

M. K., 17 ans, cocher de fiacre, fut admis à la clinique le 17 août 1893 pour des troubles gastriques. Ces troubles auraient commencé il y a 6 semaines environ à la suite d'une émotion : son cheval s'était emballé, ce qui lui avait causé un choc nerveux violent. Depuis, il a une sensation de brûlure après le repas et vomit souvent les aliments ingérés. Ces malaises durent une semaine, s'améliorent pour quelques jours, puis reviennent, ceci déjà pour la 4e fois.

Etant enfant, il a souffert d'une tuméfaction de la fesse gauche, qui revenait tous les étés, il ne se rappelle pas les détails. Cette tuméfaction ne s'est plus reproduite depuis l'âge de 12 ans.

En 1890, grippe. L'année suivante, douleurs dans les 2 pieds. Il ne sait pas dire s'il y avait du gonflement. Parents morts, il ne sait pas de quoi.

Le malade est de taille assez grande, svelte, bien musclé, pénicule adipeux médiocre. *Les ganglions cervicaux et sous-maxillaires légèrement hypertrophiés.* A la face antérieure du thorax, *réseau veineux superficiel très net.* A la partie postérieure du thorax, légère diminution de la sonorité aux bases et quelques sous-crépitants.

En dehors de cela rien d'anormal. Langue blanchâtre, un peu chargée, appétit mauvais, constipation. Les deux amygdales hyperthrophiées, surtout celle de droite. Rien à noter pour le système nerveux, réflexes tendineux normaux. Urines d'aspect normales, pas de sucre ni albumine. Pas de fièvre. Diète sévère, huile de ricin améliorent les troubles digestifs en quelques jours. L'appétit réapparaît. Le malade n'est pas alité.

Le 25 août, le 7e jour après son entrée à la clinique, le genou droit enfle sans raison apparente. Le malade n'en souffre pas, même pas à la pression. La peau n'est pas rouge, ni plus chaude qu'ailleurs. Fluctuation nette dans l'articulation et choc rotulien. La marche est peu gênée, il n'y a pas de fièvre. Un pansement compressif ne diminue pas l'épanchement. A la mensuration on trouve 2 cm. de différence entre les 2 genoux. La régression de l'épanchement fut complète le 6 septembre grâce au massage et aux enveloppements humides. Le 11 septembre, 17 jours après l'apparition de l'épanchement, il n'y avait qu'une différence insignifiante entre les deux genoux. Le malade semblait guéri, ne portait un bandage que par excès de précaution, lorsque le 26 septembre, le genou gauche enfla, sans cause apparente, c'est surtout le cul-de-sac sous quadricipital qui était

distendu et fluctuant Douleurs légères aux mouvements actifs et passifs, pas de fièvre de troubles généraux. Même traitement, le gonflement persista jusqu'au 5 octobre = 9 jours. Après un intervalle de 10 jours nouveau gonflement du genou ganche, moins fort que les premières fois et indolore. Très légère gêne des mouvements. Après un pansement compressif tout est rentré à l'ordre au bout de trois jours. Le malade se seEtait bien, il nous quitta le 21 octobre.

OBSERVATION XXXVII (Senator 1896)

Mademoiselle L..., 18 ans avait eu beaucoup de convulsions dans l'enfance, en général assez bien portante. Menstruation à l'âge de 14 ans, sans troubles. Une année après le genou gauche enfla sans cause apparente, les mouvements étaient légèrement douloureux.

Un médecin consulté avait parlé d'hydarthrose. Au bout d'un certain temps tout avait disparu, mais depuis toutes les 5 ou semaines, le plus souvent un peu avant la menstruation, l'épanchement apparaît pour disparaître en 8 ou 14 jours.

L'intervalle le plus long a duré 10 semaines (l'année dernière) le plus souvent il n'est que de 3 à 4 semaines.

Pendant la durée de l'épanchement la marche et la station debout sont un peu pénibles. La malade traîne la jambe légèrement, fatigue, douleurs de la cuisse. La peau n'est pas rouge, ni chaude, il n'y a pas de fièvre, ni d'autres troubles

La malade est une jeune fille moyennement robuste, à la peau et aux muqueuses pâles, légèrement strumeuse, en

dehors de cela pas de signes de la maladie de Basedow. L'examen des viscères et de l'urine ne donne rien d'anormal. De même rien d'anormal au genou malade dans l'intervalle des épanchements.

Il n'y aurait pas de tare héréditaire.

Les parents, frères et sœurs de la malade bien portants.

OBSERVATION XXXVIII (Blanc 1897)

M. Blanc rapporte l'observation d'une jeune fille atteinte de rhumatismes articulaires à l'âge de 7 ans, et qui, depuis 5 ans, tous les 10 jours, présente des poussées d'hydarthrose intermittente du genou gauche. Le cycle de ses poussées est le suivant :

Premier jour : douleurs allant de la cheville jusqu'au pli de l'aine ; raideurs du genou.

Deuxième jour : disparition des douleurs, début de la fluxion articulaire.

Troisième jour : la fluxion atteint son maximum ; elle commence à décroître dans la nuit, pour disparaître rapidement les jours suivants. Après quelques semaines de repos, elle a vu les fluxions périodiques s'atténuer peu à peu et finalement disparaître ; mais elle souffre toujours au niveau du genou droit et tout le long du membre, et elle sent bien disait-elle recemment, que si elle reprenait ses occupations pénibles, les poussées d'hydarthrose réapparaîtraient comme par le passé.

Pendant 22 ans la mère de la malade a présenté des accidents analogues.

OBSERVATION XXXIX (Veiss, 1898)

Un homme âgé de 35 ans, de taille robuste, un peu anémique, entre chez moi le 6 mai 1897, se traînant péniblement, appuyé sur 2 cannes.

Il raconte qu'il est atteint d'une affection articulaire depuis 1891, affection qui est apparue à la suite d'une blennorragie attrapée 3 mois auparavant.

Après des douleurs lombaires violentes, avaient apparu des douleurs et du gonflement des pieds et des genoux.

Après divers traitements (salicylate, salol, appareil platré, frictions à l'ichtyol, bains de vapeur et massages), guérison complète en 1892.

M. X, pouvait faire de la gymnastique et patiner pendant l'hiver suivant. En septembre 1893, il fut trempé par une pluie d'orage. D'où nouvelles douleurs et quelques semaines plus tard, gonflement des articulations.

Cette fois-ci, écrit-il, je souffrais au cou-de-pied et aux genoux qui enflaient alternativement. Le plus souvent ces gonflements se produisaient la nuit. Ils s'annonçaient le soir au coucher par des frissons qui m'agitaient et me faisaient claquer des dents. Ceci durait environ 1/4 d'heure.

Lorsque je faisais chauffer le lit auparavant, les frissons étaient moins intenses. Je n'en souffrais que les soirs, où l'un des genoux se mettait à enfler.

Le malade décrit, non sans quelque amertume les désillusions éprouvées durant ces dernières années.

Examen du malade, 6 mai 1897. — Bonne santé générale. Tibia et médiotarsiennes épaissis, surtout à gauche. Genou de même enflé inégalement, fluctuant.

Hanche malgré les plaintes du malade — libre.

Pas d'atrophie musculaire manifeste.

Pas de phénomènes inflammatoires.

La démarche du patient était variable suivant l'état des genoux : tantôt le malade arrivait à faire de petites promenades même sans canne, quoiqu'il fût assez gêné par le gonflement de ses pieds, dans d'autres cas, il n'avançait que péniblement même en s'aidant de deux cannes. Dans ces moments-là, non seulement les genoux, mais encore les hanches paraissaient légèrement fléchies, le corps penché en avant. Lorsque je vous aurai fait remarquer que le gonflement des pieds ne se distinguait en rien de ce qu'on voit dans les arthrites chroniques, il ne reste comme seul élément pathologique intéressant que le gonflement des genoux. J'ai pu me convaincre, au bout de quelques jours, de l'alternance de ces gonflements.

Malheureusement, je n'ai pas utillsé la première semaine pour des études très précises, les mensurations ne furent pas faites régulièrement.

Je pus constater que les dires du malade sur le moment de l'apparition et de la disparition de l'épanchement se réalisaient avec une grande précision.

Je procédais depuis le 16 mai 1877, à des mensurations précises faites toujours entre 11-12 h. du matin.

J'ai construit des courbes, ce qui, d'après moi, est un moyen excellent pour la démonstration d'épanchements qui tantôt augmentent, tantôt diminuent.

Les genoux furent mesurés en deux endroits, au niveau du milieu de la rotule et d'un pouce plus haut.

Ainsi donc, on faisait tous les jours 4 mensurations (2 à dr., 2 à g.), auxquelles correspondent les 4 courbes de la série I.

L'*Etude des courbes* montre :

A) que la périodicité de l'épanchement n'a pas la régularité mathématique.

B) que dans une même journée l'accroissement ou la décroissance de l'épanchement ne sont pas tout à fait réguliers.

Ceci se voit bien sur les courbes de la série I, où j'ai enregistré le résultat des mensurations faites 5 fois dans la journée (6 h., 9 h., midi, 3 h., 6 h.)

Un seul phénomène se montre constant : le genou est toujours plus gros le matin que le soir précédent, qu'il s'agisse de la période d'accroissement ou de décroissance.

On peut dire que les genoux n'ont pour ainsi dire jamais diminué la nuit, ils sont restés 55 fois stationnaires constants, le plus souvent ils ont augmenté.

Le fait qu'un genou malade diminue de volume pendant la fatigue de la journée et qu'il augmente, au contraire pendant la nuit est en contradiction évidente avec ce que nous voyons habituellement. J'y reviendrai plus tard.

Du 8 au 16 mai, le malade fut traité par des bains sulfureux faibles à 30°. Ils n'avaient pour ainsi dire pas d'effet.

Plus tard, je lui fis donner des bains sulfureux variant de 32°-34° et il semble que cette fois il y eut une influence nette sur les maxima et les minima de son épanchement.

J'insiste encore sur ce fait que le malade, dès le début du traitement, n'avait plus de frissons.

L'amélioration ne fut pas de longue durée.

Le malade continua les mensurations à Berlin.

Série VII. Les maxima et minima atteignirent bientôt la même hauteur qu'auparavant.

Les courbes, série VIII se rapportent également à la période qui suit le traitement. Les mensurations ne furent

faites que 3 fois dans la journée ; ce fait explique, à lui seul, leur forme non accidentée. En effet, nous n'y trouvons pas les grandes oscillations de 2-2,5, s'accomplissant en quelques heures comme dans la série v.

Je crois ne pas me tromper en les attribuant à l'action des bains qui à Pistgan furent donnés entre 9 h. du matin et midi. Aussi voyons-nous une baisse très nette correspondant à cette heure de la journée et qui ne se retrouve plus à Berlin.

De même, je suis tenté d'attribuer à la lutte interne entre les lésions et la nature rebelle de la maladie les grandes différences qui se manifestaient ici entre la quantité de l'épanchement constatée le soir et dans l'augmentation survenue pendant la nuit.

Les différents bains chauds employés à domicile n'avaient aucun effet.

Ceci parle manifestemment en faveur de la supériorité des bains sulfureux-boueux dans le traitement des affections articulaires.

Un autre principe thérapeutique se dégage de l'histoire de ce malade.

J'avais conseillé au malade à Pistyan, une cure de régime sec en partant de l'idée qu'un épanchement séreux doit se résorber d'autant plus facilement que le milieu ambiant est plus concentré. Mais le malade ne voulait pas s'y soumettre étant donné qu'il avait constamment soif à la suite de la transpiration intense due aux bains.

Arrivé cher lui, m'écrit-il le 11 nov., il se rappela ce conseil et en désespoir de cause, se mit à suivre le régime sec. Le succès ne tarda pas, les deux genoux sont pareils, mesures 40 cm, 42 cm. suivant la hauteur. La perte de poids est de *20 livres* !

OBSERVATION XL (Bum, 1899)

A. P..., 37 ans, présente depuis 10 ans des symptômes de neurasthénie (sensation de serrement à la tête, douleurs lombaires, angoisse, éjaculation prœcox, variabilité d'humeur).

Le 23 avril 1898, il rentre à la clinique disant présenter depuis sept ans une hydarthrose du genou droit périodique revenant régulièrement tous les 8 jours.

L'épanchement remplit et distend l'articulation pendant 3 1/2 à 4 jours met autant pour disparaître spontanément. A la fin de l'attaque, craquements dans l'articulation. L'articulation n'est douloureuse qu'au moment de l'accès, par contre, douleurs lombo-sacrées violentes durant toute l'évolution de l'attaque.

Etat présent. — Homme robuste bien musclé. A l'examen du cœur et du poumon, pas de modifications, grande courbure abaissée de 1 cm.

L'abdomen ballonné, par place son tympanique à la percussion. Les apophyses épineuses des 2, 3, 4 dorsales, des 2 et 3 lombaires sensibles à la pression. Réflexes augmentés d'intensité. Clonus du pied net. Pas de signe de Komberg.

Genou droit enflé. Peau normale. Température à peine plus élevée. Le gonflement s'étend sur le cul de sac supérieur. Elexion active jusqu'à 35°, flexion passive possible jusqu'à 45-50°. Mais sensation vive de tension. Choc rotulien net. Le lendemain, 4e jour de l'attaque, l'épanchement augmente.

Peau tendue, luisante ; pas de ballottement. Le 5e jour même état que le 1er jour de l'attaque. Le 6e jour, le gon-

flement a disparu, plus de balottement, en revanche craquements que l'on entend et qu'on sent nettement à la flexion et à l'extension.

Après avoir observé une autre attaque identique à la précédente, traitement par le massage et des appareils de gymnastique, tous le jours en dehors du 4e de chaque attaque, ceci pendant 6 semaines sans résultats. Le même traitement quoique moins prolongé avait été essayé à plusieurs reprises sans succès. Puis traitement hydrique des 1/2 bains de 24°, puis 23° R. 21, 19° R. simultanément solution de Fowler en augmentant ou diminuant la dose (2-18 gr.) pendant 6 semaines. Euphorie subjective, pas de changements dans les attaques. Le malade quitte la clinique, il nous a écrit il y a 1 ou 2 semaines que le même état persiste sans changements, pourtant, de temps à autre, avec moindre intensité des attaques.

OBSERVATION XLI (Schlesinger, 1899)

Dr Sigmund H..., 44 ans, avocat à Vienne. Jusqu'en 1894, bonne santé. Pas de tare familiale. Il y a 20 ans, douleurs rhumatoïdes à la face externe de la cuisse gauche pendant quelques semaines. Le malade ne sait pas s'il y a eu gonflement à ce moment.

En mai 1894 l'hydarthrose intermittente se montre pour la première fois, elle se répéta en 1896 et 1898 en débutant toujours au mois de novembre. Pas de cause occasionnelle, pas de traumatisme. Il n'a jamais eu la malaria. Il est très sobre, pas nerveux, nie toute affection syphilitique ou gonococcique. Pas d'excès vénériens.

Les 3 séries d'attaque débutèrent au mois de novembre, cessèrent au mois de mars. Elles se passaient toujours de la même façon : Début par des tiraillements dans le genou gauche pendant quelques jours. 10-11 jours plus tard nouvelles douleurs suivies de gonflement considérable du genou gauche pendant 3 jours. Intervalle libre 7 jours. Puis, de nouveau, douleurs prodomiques pendant 1 jour et le lendemain gonflement qui augmente pendant 1 jour, reste stationnaire pendant 24 heures pour diminuer le lendemain. De l'acmé d'une attaque à l'acmé de l'attaque suivante s'écoulent exactement 11 jours.

Le gonflement est très douloureux. Le Dr V. n'a pas constaté d'œdème ailleurs, mais par contre un phénomène très curieux. En même temps qu'apparaissent les douleurs prodromiques, des envies d'uriner fréquentes et très pénibles se manifestent, quoique le malade ne boive pas d'avantage. Il est obligé d'uriner tour les quarts d'heure. La quantité d'urines de ces premières 24 heures est augmentée de volume de moitié. Avec l'apparition de l'épanchement, polyurie et polakiurie disparaissent.

Les attaques diminuent d'intensité au mois de mars, et disparaissent pour 1 an 1/2. Pendant le mois de décembre des années marquées par les attaques articulaires, le malade constatait chaque fois une diminution de volume de sa cuisse, diminution qui allait en s'accentuant jusqu'au mois de mars pour réaugmenter après très rapidement.

Le Dr V. a souvent été examiné par moi. Le cœur, le poumon, l'examen des viscères en général n'a jamais montré de phénomènes pathologiques. L'exploration aux rayons X, donna une image radiographique parfaitement normale. Le cartilage paraissait un peu épaissi par places.

J'ai controlé les dires du malade au point de vue de l'atro-

phie musculaire. En décembre 1898, j'ai trouvé à la cuisse une différence de 1 cm. 1/2. Le 20 janvier 1899, 3 cm. 1/2. Le mollet gauche est de 1 cm. moins gros que l'autre. Pas de modifications aux courants électriques. Après la disparition des accès articulaires, survient une prompte restitution des muscles.

Le 24 mai la différence entre les cuisses n'est plus que de 1 cm. Il n'y a jamais eu de contractions fibrillaires. L'excitabilité mécanique a été normale. Le malade accusait lors de derniers accès une sensation de chaleur à la face qui était congestionnée. Tous les traitements avaient été essayés : immobilisation, massage, compression, refrigération, bains chauds, douches, bains sulfureux, galvanisation, faradisation, pommade iodée, iode à l'intérieur, quinine, fer, salycilates, séjour en Italie, tout sans succès. Les douleurs avaient plutôt augmenté. J'ai essayé le régime végétarien avec soustraction de l'alcool et des laxatifs.

Localement. — Bains d'air et b. de vapeur, tout sans résultats. Lorsque je lui avais ordonné 1 ou 2 gr. de pyramidon au momsnt des crises les douleurs cessèrent comme par enchantement, mais les épanchements persistèrent. L'arsenic fut donné sans succès.

Je n'ai j'amais trouvé dans l'urine ni sucre ni albumine, pas de sable urinaire ni uraturie, l'acidité urinaire normale. La rate ne semblait pas augmentée.

A l'examen du système nerveux rien d'anormal en dehors de l'atrophie musculaire de la cuisse. Réflexes tendineux normaux. Pas de signe de Romberg. Pas d'anomalies vasculaires.

Au moment de la crise la température est légèrement élevée (37°8). Le genou gauche déformé, la peau n'est pas rouge mais œdémateuse, elle n'est pas chaude, il y a insen-

sibilité à la pression. L'épanchement est toujours considérable, le choc rotulien net. Pas d'épanchement au devant de la rotule. Au début de la série d'attaques, le genou revient complètement à la normale. Vers la fin il reste un peu déformé entre les crises, mais il revient à la normale dans les quelques semaines qui suivent la série d'attaques. L'articulation est légèrement douloureuse pendant la crise, il n'y a pourtant pas d'impotence fonctionnelle complète, il marche un peu quoique péniblement. Dans l'intervalle des crises pas de traces de douleurs. Le malade fait de la bicyclette. Pas de craquements.

OBSERVATION XLII (Benda, 1900).

M. X, chanteur, 61 ans. Bonne constitution. Un frère rhumatisant. A beaucoup voyagé l'hiver passé. Depuis 1869 le malade souffre toutes les 4 semaines avec une grande régularité (aussi régulièrement que revient la menstruation chez les femmes, dit-il), *de douleurs* dans diverses articulations : poignets, coudes, épaules, pieds, genoux et articulations des vertèbres.

Toutes ces articulations ne sont pas atteintes à la fois, souvent il n'y en a qu'une seule ou deux de prises. Quelques années plus tard, des épanchements s'ajoutaient aux douleurs une ou deux fois par an, le plus souvent en octobre, novembre ou avril-mai, quelquefois en janvier. Ce gonflement apparaît brusquement, augmente pendant 9 jours, met le même temps pour disparaître. Pendant ces attaques, le malade est incapable de marcher.

Longtemps après il est fatigué, quoique les articulations

soient complètement revenues à la normale. Les genoux se prenaient plus souvent que les autres articulations, depuis les dix dernières années même exclusivement. Quelquefois il y avait toute une série de ces attaques, quatre par exemple, de telle façon qu'après un intervalle toujours le même de 10 jours, après disparition de l'épanchement l'autre genou ou le même se prenait.

Les récidives se passaient de la même façon que la première attaque. La faiblesse qui faisait suite forçait quelquefois le malade à un repos de trois mois. Au cours des dernières années il y a eu des attaques atténuées pendant les mois d'été. Bientôt après le malade me consulta pour une paralysie faciale périphérique. C'est à cette occasion qu'il me parle de son affection articulaire. L'examen du genou gauche qui avait été atteint en dernier lieu ne donne rien en dehors d'un peu de crépitation. Les autres articulations non plus ne présentaient rien d'anormal. Pas de contracture, ni atrophie musculaire. La paralysie faciale était grave avec réaction de dégénérescence complète. Le traitement dura jusqu'au mois d'avril 1895. Depuis le mois d'août 1894 il n'y avait pas eu d'épanchement articulaire les douleurs reparaissaient régulièrement le 2 ou le 3 de chaque mois, mais j'ai pû me convaincre qu'il n'y avait pas le moindre gonflement. Elles duraient quelques jours.

Je ne connais pas l'évolution ultérieure de l'affection.

OBSERVATION XLIII (Benda 1900)

M. X, 49 ans, commerçant. Bonne constitution. A toujours été hypochondriaque. Blennorrhagie à 21 ans. Depuis l'âge de 26-30 ans, de temps à autre affection de l'épaule

droite et du cou-de-pied gauche. Le malade ne sait rien dire sur la durée et l'évolution des attaqnes. Depuis l'âge de 30 ans, hydarthrose des genoux. Le plus souvent le genou gauche seul se prend, quelquefois les deux, rarement le genou droit seul. Peu avant l'attaque, le malade éprouve une sensation de pesanteur dans l'articulation qui se met à enfler. Le maximum est au 9e jour. Pendant les 3 premiers jours il y aurait de la fièvre avec mauvais état général, dépression. Les douleurs très intenses qui accompagnent le gonflement diminuent bientôt, mais ne disparaissent que le 9e jour. L'épanchement diminue dans les 10-12 jours suivants.

Toute la crise dure donc 19-21 jours. Pendant ce temps le malade reste au repos. Au bout de 8 jours de bonne santé, récidive, qui se passe comme la première attaque, mais sans douleur. Souvent il y a 3-4 récidives successives, de sorte que le malade est empêché de sortir pendant 3 ou 4 mois. L'intervalle entre les attaques est presque toujours de 8 jours. Ces séries de crises articulaires se montrent le plus souvent deux fois par an, au printemps et à l'automne. Exceptionnellement, il n'y eut une seule fois qu'une seule attaque. Le malade a été traité par l'acide salycilique, l'iodure de potassium, le colchique, des bains à Viesbaden, pointes de feu, bandages plâtres, le tout sans succès. Les douleurs qui accompagnent le premier accès de chaque série d'attaques furent un peu moindres, voilà tout.

Le malade a noté comme causes occasionnelles des traumatismes, mais ils sont inconstants.

Le 19 nov. 1892 je commençai son traitement.

Le 18 novembre le genou gauche avait commencé à enfler sans douleur, sans altération de l'état général, abstraction faite d'un peu de dépression. Il vient me voir appuyé sur

deux cannes. Le genou gauche est fortement enflé. Les dépressions juxtarotuliennes sont effacées, il y a choc rotulien et fluctuation. Pas de douleur, sauf à la pression. Peau pas modifiée, ni rougeur, ni douleur. Les mouvements de l'articulation fortement gênés. Pas d'atrophie musculaire. Le malade est un neurasthénique. Il s'étend avec plaisir sur l'histoire de son intéressante affection qui a déjà été traitée par plusieurs médecins.

A l'examen général pas de trouble en dehors d'une constipation opiniâtre.

Traitement à courant galvanique de 4 M A à travers l'articulation, puis faradisation. Immédiatement le malade marche mieux, il ne craint plus autant devenir infirme. Le 21 novembre il vient me voir sans canne, le genou est désenflé. Le malade est de très bonne humeur. Nouvelle séance.

Le 22 novembre, genou normal. L'accès ne s'est jamais passé aussi vite (du 18-22 nov.). Au mois de janvier 1893 le malade tombe sur le genou *droit*. Le lendemain, le genou *gauche* enfle, les douleurs sont intenses. Le malade se vit obligé de rester coucher. Les mouvements étaient plus gênés que d'habitude.

Le genou resta enflé pendant 4 semaines.

Le maximum était déjà atteint le deuxième jour. Je ne le vis que le 7 février. Le genou était encore fortement enflé, mais indolore. Dépression morale. Electrisation. Au bout de 3 séances, l'articulation est normale. Le 5 mai, nouveau gonflement du genou, douleurs minimes. Peu de gêne des mouvements. Je vis le malade le 6 mai.

Au bout de 3 séances d'électrisation, toute trace d'épanchement avait disparu. La cause des derniers accès était la suivante : le malade avait beaucoup travaillé dans son

jardin et craignait que le surmenage ne lui fût préjudiciable.

Dans les trois dernières attaques il n'y avait eu qu'une seule crise ; tandis qu'avant, les séries étaient la règle. Depuis ce temps 1893 jusqu'en mai 1900, il n'y avait eu que quelques attaques trés atténuées de courte durée et indolores.

Elles ne l'ont pas empêché de vaquer à ses occupations.

OBSERVATION XLIV (Bracket et Cotton 1901)

Homme 30 ans, bon état général, pas d'antécédents articulaires. Plus tard gonflement périodique dans les genoux, durant seulement quelques jours avec des intervalles de guérison. Quand je le vis pour la première fois il souffrait d'un gonflement articulaire régulier affectant les deux genoux alternativement avec une régularité parfaite quant à l'accès et aux intervalles. Chaleur locale, douleurs, malaise et abattement général. Le gonflement atteignait son maximum après 2 ou 3 jours, dans l'intervalle genou libre, mais faiblesse dans le membre et limitation des mouvements de flexion et d'extension.

OBSERVATION XLV (Bracket et Cotton)

Femme 35 ans, sans antécédents. Première attaque après léger traumatisme. Immobilisation. Plus tard deuxième épanchement, même traitement. Après quoi le gonflement revint et disparut sans qu'on employât au-

cun traitement local. Quand je la vis pour la première fois, elle venait d'avoir une attaque revenant tous les 10 jours, durant 4 jours avec intervalle de 6 jours. Le gonflement était précédé pendant un jour par une sensation de malaise et d'abattement, Le genou était douloureux. Le gonflement atteignait son maximum le 3e jour et disparut le 4e jour. Pendant l'intervalle la malade vaquait à ses occupations sans gêne particulière.

Arsenic, strychnine, créosote amenèrent un accroissement des intervalles, la diminution dans la gravité des accès et finalement leur suppression.

OBSERVATION XLVI (Linberger 1901)

M. N..., commerçant. Les frères et sœurs - rhumatisants.

Pendant la campagne d'hiver 1870 M. N. se cogna fortement le genou. A la suite troubles articulaires qui le forcèrent à une cure à Wildbad 1871.

Depuis 1872 épanchement au genou gauche tous les 13 jours. Le sixième jour l'épanchement atteignait son maximum, il y avait gêne fonctionnelle et douleurs assez intenses pour empêcher le malade de sortir pendant quelques jours. Le 15e jour diminution de l'épanchement, le 16e jour le genou est normal. Salycilate, pas d'effet. Tous les ans, cure à Wildbad sans succès. En 1884 cure à Nauheim; là au bout de 4 semaines, augmentation du mal, nécessite un repos au lit de 14 jours. Cet état durait jusqu'en 1886 non sans avoir présenté des rémissions de 6 mois par exemple.

En 1886, ponction et lavage au phénol. L'exsudat

était séreux. Guérison depuis. Dans les années suivantes, attaques répétés typiques de goutte. Il y a 2 ou 3 ans (1898) gonflement du genou droit tous les 13 jours. Le malade voulait se faire une nouvelle ponction, mais après une cure à Karlsbad où il avait pris 14 bains de boue, il n'y eut plus d'attaques. On ne sent pas d'épaississement synovial ni crépitation.

OBSERVATION XLVII (Linberger)

A. D..., âgé de 20 ans. Parents, deux frères et sœurs bien portants. A l'âge de 14 ans, pâtinait sur le Neckar lorsque la glace céda, il fut complètement mouillé, Depuis cette année il avait les genoux enflés sans que le malade puisse dire si c'était une suite immédiate de l'accident.

Il y avait peu de douleur et continuait son travail en se bandant le genou. De temps à autres, application des compresses froides ou badigeonnages à la teinture d'iode.

En décembre 1899 il passe 14 jours à l'hôpital où on constata de la genitis (?) Massages et bandes de caoutchouc. Peu de temps avant le malade avait travaillé dans des caves humides, il attribue l'exacerbation de sa maladie à ce fait.

Depuis décembre 1899 le malade s'aperçut que ses genoux *enflaient* et *désenflaient périodiquement* ; il n'y eut de rémission que pendant les chaleurs de l'été 1900 de Juillet à Septembre, il y avait même pendant cette période un gonflement léger.

Quelquefois le malade se plaignait de douleurs à la scapulo humérale, au poignet droit et au coude. Celui-ci

était un peu enflé, de sorte qu'il ne pouvait pas l'étendre complètement. Le malade dit que ses genoux enflent aussi régulièrement que s'opèrent les changements de la lune.

Tous les 10-11 jours les deux genoux sont enflés.

L'accroissement du liquide est progressif, au bout de 3 jours l'épanchement arrive à son maximum, puis décroissance rapide, en tout 5 jours. Puis 4-5 jours de pause.

C'est le genou gauche qui commence, le genou droit suit au bout de 2 jours, en évoluant plus rapidement. Pendant la journée, l'épanchement est moins fort parce qu'il se bande les genoux, la nuit il augmente beaucoup, de façon qu'il a du mal à se tenir debout le matin au réveil.

Lorsque les genoux sont enflés, le malade n'arrive pas à les plier, sensation de forte tension.

Peu de douleurs à la marche et au travail, un peu plus pendant le repos et surtout pendant la nuit. Elles empêchent alors le malade de rester allongé tranquillement, il est obligé de changer de position fréquemment.

La marche est peu génée, mais le malade a du mal à monter les escaliers. Il travaille toujours et n'est resté au lit que 2 fois et pendant quelques jours seulement.

Etat présent, 13 décembre 1900. — Jeune homme de taille moyenne, bien constitué, bien portant d'apparence. Poumon, cœur en bon état. Rate accessible à la palpation peu augmentée. Réflexes normaux. Appétit bon, selles régulières, urines normales. 16-1800 en 24 h. Au dire du malade, pas de syphilis ni blennorrhagie.

Hydarthrose moyenne des deux genoux, choc rotulien, déplacement de la rotule facile, à cette occasion, on sent nettement de la crépitation et de part et d'autre de la

rotule des végétations de la synoviale nombreuses surtout au genou gauche.

Dans le skiagramme on ne voit pas de changement des os. Les autres articulations paraissent normales.

Pendant les 5 semaines de séjour à l'hôpital, les dires du malade se trouvaient le plus souvent confirmés par les faits observés. Ainsi le malade disait par exemple que son genou allait enfler le jeudi ou le vendredi. Ce jour-là on constatait en effet une augmentation de l'épanchement. Il en était de même de la disparition de la sérosité.

De multiples mensurations faites dans la journée montraient pourtant que la quantité d'épanchement variait continuellement sans que le malade s'en aperçût. Ainsi l'intervalle libre vrai durait tout au plus 1-2 jours. Ceci était surtout très net pour le genou droit.

Pendant l'acmée de l'attaque, le malade souffrait un peu dans le genou gauche et davantage au genou droit, surtout dans la gorge articulaire et le long de la face externe de la cuisse. Jamais de fièvre ni céphalée, pas de rougeur de la peau ni impotence du genou.

Le malade pliait le genou gauche jusqu'à 85°, le genou droit jusqu'à 90°. Une flexion passive plus considérable provoquait de la douleur. L'extension n'était pas gênée.

Au début du gonflement, les deux genoux mesuraient 36 cm. 5, à l'acmé, le genou gauche, 39 cm., le genou droit 40 cm.

Pendant son séjour à la clinique la malade se plaignait une fois de son épaule et du coude. Il n'y avait pas d'épanchement.

Au point de vue du traitement voici ce qu'on lui faisait à partir du

27 décembre 1900,0.50 de quinine × 3 dans la journée, 1 gr. 50 en 3 fois ;

du 4 janvier 1901, tablettes de thyr. 0.5 × 2 dans la journée, 1 gr. d'extrait de thyroïde.

Le 2 janvier, 1901, ponction du genou droit. Prélèvement de 10 cc d'un liquide jaune limpide contenant quelques flocons de fibrine.

Les cultures sur bouillon, agar, gélatine, sérum sanguin, donnent des résultats négatifs, de même l'injection intrapéritonéale au cobaye de 1 c.c.

Du 4 janvier au 9 février, le malade prit 54 tablettes, sans amélioration de son état.

Alors je commençai à le traiter par la méthode de Bier (pendant 2 heures tous les jours).

Il y eut d'abord une amélioration très nette, le genou gauche n'enflait plus du tout et le genou droit beaucoup moins qu'avant. Le malade craignait alors ne pas être réformé au service militaire, me pria de cesser le traitement pour l'instant. Sur mon conseil il continua le traitement. Au bout de deux mois plus d'amélioration. Le genou gauche enflait un peu moins, le genou droit autant qu'avant.

OBSERVATION XLVIII (Marsh, 1905)

Femme, 28 ans, bien portante et robuste, entre en mars 1903, disant que pendant ces 18 derniers mois son genou droit gonflait et était légèrement douloureux. Ces symptômes, avec la périodicité et la régularité la plus marquée, duraient 3 jours et disparaissaient ensuite en laissant le genou parfaitement sain. Ces attaques corres-

pondaient avec les attaques menstruelles et le milieu des périodes intermédiaires.

Nous avons constaté deux attaques qui montrèrent une périodicité exacte. La troisième eut un jour de retard. La jointure devenait raide et inconfortable et le siège d'un épanchement, de telle sorte que la cavité synoviale était uniformément tendue et distendue.

La malade garde le lit et les attaques reviennent régulièrement quoique moins marquées et plus courtes.

Ponction et examen : synovie diluée dans sérum sanguin, pas de sang ni micro-organisme.

Quinine et traitements locaux sans effets. Sous l'influence de l'arsenic les attaques diminuèrent graduellement d'intensité et cessèrent. Aujourd'hui après 8 mois, pas de récidive.

OBSERVATION XLIX (Marsh 1906)

Femme, 43 ans, entre à l'hôpital le 30 décembre 1852. Genou droit enflé, présente un épanchement liquide volumineux. Le jour suivant le liquide a complètement disparu, le 1er janvier état normal. L'articulation avait commencé à enfler le 27 décembre. Le 6 et le 7 janvier sensation de froid dans le pied droit, une légère enflure apparait. Le 7 gonflement considérable sans distension, avec légère chaleur locale. Le 8 la synoviale était complètement remplie et distendue, débordant largement des deux côtés du quadriceps et atteignant 8 cent. au-dessus de la rotule. Le 9 le genou était de nouveau enflé sans distension, le 10 il était normal. Corps mobile dans la

partie externe de l'articulation sans gêne fonctionnelle. A 18 ans fièvre intermittente pendant 8 mois d'abord quotidienne, puis tierce, puis quarte. Guérison par poudre ayant amené une transpiration abondante. Famille également atteinte. Bonne pendant les 8 ans qui suivirent sa guérison ; elle se maria et eut quelques enfants. C'est alors qu'il y a 18 ans que son genou devenait douloureux à la fin de la journée. L'enflure inflammatoire sévit pendant fort longtemps et à intervalles réguliers d'un mois, mais par la suite elle se répéta toutes les 3 semaines. Il y a environ 7 ans qu'elle commença à réapparaître tous les neuf jours variant seulement sur l'heure de son début mais non sur le jour.

L'attaque était toujours précédée par un froid aux jambes et il y avait toujours une douleur modérée le troisième jour, augmentée par la fatigue du genou et amoindrie par le repos. Elle dit qu'elle a eu plusieurs enfants, après aussi bien qu'avant son affection et que les attaques ont cessé au 3e mois de chaque grossesse pour revenir au 3e mois de la lactation. Règles independantes des attaques. Rien sauf la grossesse n'influa sur les attaques. Pour prévenir l'attaque du 14e jour, je prescris une pilule de calomel et coloquinte le 13e jour ; trois cachets de quinine furent pris dans la journée du 14e jour, glace sur le genou. L'attaque fut retardée de quelques heures. Elle revint cependant et fut plus douloureuse qu'aucune autre. L'articulation enfla davantage, mais tout disparut à nouveau. L'arsenic à l'intérieur ne réussit ni à arrêter ni à changer le cours de cette affection bizarre.

OBSERVATION L. (Kamp, 1907.)

Une dame âgée vient me consulter pour une affection rhumatismale goutteuse des genoux et des hanches.

Elle dit souffrir depuis des années d'un gonflement périodique des genoux. Les intervalles auraient été autrefois de 9 jours, ils ne seraient plus que de 4 jours.

1er examen des genoux. — La circonférence des deux genoux mesurés en extension et au niveau de la rotule a 45 centimètres des deux côtés.

L'étendue des mouvements est égale des deux côtés.

Dans le genou droit on sent pendant les mouvements, un peu de crépitation.

Quelques jours plus tard, la malade revient.

2e examen. — Genou droit en extension, 49 centim. Hydarthrose. Genou presque immobile.

Genou gauche, 45 centimètres.

6 jours plus tard, 3e visite de la malade.

3e examen. — Genou droit; 46 cent., plus d'hydarthrose, mouvements assez libres.

Genou gauche, 47 cent. (c'est le premier jour pour le genou gauche).

D'après ce que dit la malade, le genou gauche atteindra son maximum demain, tandis que le genou droit sera revenu complètement à la normale.

Le genou droit enfle toujours plus que le gauche.

Donc, tous les 6-7 jours apparaît en 24-36 heures une hydarthrose du genou qui persiste pendant 3 jours, décroît du 3e au 6e jour.

Le 6e ou 7e jour, la même chose commence pour l'autre genou.

Cette affection qui se passe sans fièvre et avec peu de douleur (elle n'est pas indolore dans le cas présent), n'a rien à faire ni avec le rhumatisme ni avec la goutte.

Elle est encore inconnue au point de vue de sa pathogénie ; on la considère le plus souvent comme une névrose vaso-motrice avec peu de raideur d'ailleurs.

L'affection dure des années, peut-être toute la vie, présente des rémissions qui font croire à des guérisons.

OBSERVATION LI. (Healy, 1908)

X..., 42 ans. Hérédité rhumatismale. Scarlatine à 9 ans. Affection des articulations des doigts en 1890, ayant entraîné une déformation de l'extrémité des phalanges. En 1887, gonflement persistant du genou droit attribué à un traumatisme. Ponction, injection d'acide phénique et immobilisation. Pendant la convalescence le genou gauche est pris ; même traitement. Ankylose des deux genoux nécessitant pendant deux ans l'emploi de béquilles.

Plus d'enflure jusqu'en 1890. A ce moment, sans raison le genou gauche est pris ; tout disparaît en 5 jours. 11 jours après, rechute. Iodure de potassium et autres médicaments donnés sans résultats. Pas de gonflement pendant un an.

Puis, après une autre série d'attaques périodiques, guérison pendant 5 ans obtenue par quinine. Traumatisme du genou : gonflement pendant 4 ou 5 semaines ; six mois après, accès périodiques de 4-5 jours, revenant régulièrement toutes les deux semaines. Quinine. Après des séries courtes, plus de rechute pendant 1 an. Rechu-

les variées en petites séries jusqu'en 1901. Suppression de quinine. Traitement par pilules quininine-fer-strychnine. Guérison jusqu'en 1904.

A cette date, accès de 4-5 jours tous les 14 jours.

6 mois après, je revois le malade ; les deux genoux se prennent sans alternative régulière, rarement les deux à la fois. Liqueur de Fowler, une seule attaque pendant 2 ans. Légère attaque au printemps 1907. Arsenic. 5 septembre autre attaque, pas d'arsenic. 17 septembre, autre attaque légère, liqueur de Fowler. 9 et 21 novembre, attaque. Atoxyl, plus d'attaques. L'estomac ne supportant pas la médication. Cure dans ville d'eau, plus d'attaque depuis deux mois.

OBSERVATION LII (Healy, 1908)

Mme X., rentière, 36 ans. Scarlatine et Diphtérie. Rhumatisme à 15 ans. Hystérie. Chorée et grossesse en 1891. En 1899, enflure du genou droit sans raison, disparaît peu de jours après. Peu après nouvelle attaque, et ceci pendant six ans. L'un ou l'autre genou est pris. Une fois les deux ensemble. Pas de douleur mais de la gêne. Pas de symptômes généraux. Gonflement considérable durant 3-4 jours. Pas de renseignements sur la durée des intervalles, ni sur les médications. On institue le traitement par l'acide arsénieux et le sulfate de quinine. Les 2 et 9 mars rechute. La maladie disparaît jusqu'en 1907. Elle dit avoir suivi les prescriptions pendant deux mois. Légères attaques. Elle est restée six mois sans en avoir.

OBSERVATION LIII (Healy 1908)

Mme X, 34 ans. Pas d'antécédents. Maladies de l'enfance. A eu 2 enfants ; aucun trouble pendant la première grossesse. Pendant la deuxième, vomissements. Après l'accouchement, névralgie faciale pendant plusieurs semaines. Pendant qu'elle était alitée, légères raideurs dans le genou gauche.

En juin 1904, sans cause apparente, douleurs et gonflement dans le genou gauche. Premières attaques légères. Graduellement ces attaques deviennent plus violentes jusqu'à l'obliger de garder le lit. Les attaques évoluèrent tous les 12 à 14 jours.

OBSERVATION LIV (Kapper)

Homme 60 ans, première atteinte à l'âge de 47 ans. Depuis lors, dans le genou droit, tous les 8 jours gonflement avec tension et raideur, de durée indéterminée et cela pendant 6 mois.

Elles ont disparu pendant 5 ans pour revenir en 1877 avec la même périodicité mais avec plus d'intensité. Il y eût une rémission de 3 ans (1880-1883), après quoi survint une nouvelle série. Teinture d'iode, quinine, arsenic, salicylate, compression sans aucun résultat. En 1884 je constatai un gonflement des deux genoux survenant tous les 8 jours ; pas de fièvre. Chaque attaque dure 4 jours, suivie d'une période de santé de 3 jours. Plus tard périodicité de 9 jours (dont 5 jours pour l'attaque,

4 jours d'intervalle). On pouvait aussi constaté une légère enflure du coude gauche.

Le traitement électrique donna de tels résultats qu'après 10 séances on constatait une guérison (?) de 10 jours ; dans la suite la maladie n'évolua plus avec une périodicité de 8 jours. Le coude gauche resta durablement indemne l'intensité des attaques était visiblement diminuées. Jusqu'à présent (août 1884) les attaques ont complètement disparu.

OBSERVATION LV (Schuller).

M. 33 ans, comptable *scrofuleux* dans l'enfance. Depuis deux ans apparaît tous les 12 jours tantôt à droite tantôt à gauche un fort épanchement. Il débute par une petite douleur, augmente peu à peu pendant 2-3 jours et diminue ensuite. Le 2 sept. 1889 genou droit fortement tendu, épanchement médiocre, capsule articulaire tendue, crépitation aux mouvements. *Vieilles cicatrices au au cou et sur le sternum.* On administre de l'arsenic sans résultats.

Plus tard ponction (jusqu'en mai 5 fois), lavage au sublimé et quelque fois injections de sulfate de fer. Améliorations passagères. Epanchements plus rares et irréguliers. Enfin guérison après 2 injections d'huile iodoformée.

OBSERVATION LVI (Ribierre, 1910)

Mme C., sans profession, âgée de 34 ans, vient nous consulter le 17 mars 1905 pour des gonflements articulaires siégeant aux deux genoux, de durée éphémère, mais récidivant à date fixe et évoluant suivant un rythme régulier depuis plusieurs mois. A la suite d'une grossesse

survenue 7 ans après la naissance de notre malade, la mère a eu un goitre qui au bout de plusieurs mois a disparu spontanément. Rien d'intéressant à noter chez les collatéraux.

Mme C., réglée à 14 ans, n'avait jamais été malade jusqu'à son mariage le 11 août 1894. Du mois d'août 1894 au mois de juin 1895 elle est soignée pour une néphrite aiguë qui semble d'ailleurs avoir été assez légère. De septembre 1896 à février 1097 elle présente une hydarthrose du genou droit (qui ne semble pas avoir présenté d'intermittence nette dans son évolution). Elle n'a gardé le repos absolu que pendant trois semaines environ. On l'a traitée par des vésicatoires, des pointes de feu, du massage. Disparition complète de l'hydarthrose. Elle accouche en septembre 1898 d'un enfant qui meurt un mois après (diarrhée, vomissements).

En mai 1902, elle a quelques douleurs accompagnées d'un léger gonflement aux deux pouces, ces phénomènes disparaissent en 2 ou 3 semaines sans aucun traitement.

C'est au mois de novembre 1903 qu'elle a présenté pour la première fois un *gonflement périodique* du genou gauche : tous les 10 jours l'articulation augmentait de volume, sans douleurs marquée, sans fièvre. La malade était obligée de garder le lit durant 2 jours, à chaque période. On eut recours, sans résultats appréciables, aux pointes de feu, à la compression, au massage, au salycilate de soude. Les crises s'espacèrent en avril, ne se produisirent que deux fois en mai, disparurent en juin 1901; durant le mois de mai quinze piqûres de cacodylate de soude.

Vers la fin de 1903 également, on notait l'apparition d'un embonpoint exagéré : la malade qui pesait 62 k. en

1902, atteignait 77 k. en décembre 1903. En même temps des migraines qui ne s'étaient montrées jusqu'alors qu'à de longs intervalles, apparaissent fréquemment, trois à quatre fois par mois, à des époques indépendantes des gonflements articulaires.

On notait, enfin, dès cette époque, le développement progressif d'un état psychique caractérisé par l'indifférence, l'apathie, l'inaptitude au moindre effort, l'impossibilité de fixer l'attention. Mêmes en dehors des crises articulaires, tout travail était pénible.

Le gonflement articulaire reparaît en septembre 1904 et jusqu'en mars 1905, se présente sous un type régulier à tel point que le malade peut prédire à quelques heures près, l'apparition du syndrome. La crise présente les caractères suivants, d'après les notes que nous a remis le mari de la malade et que nous transcrivons textuellement :

Premier jour : raideur de l'articulation et enflure légère ; les tissus sont très durs.

Deuxième jour : augmentation du gonflement.

Troisième jour : gonflement maximum, état aigu.

Quatrième et cinquième jour : décroissance de l'enflure ; les tissus s'amollissent.

Du sixième au dixième jour : l'articulation a son volume normal, mais il persiste de la faiblesse dans les jambes.

Le dixième jour le cycle reprend. Pendant les 3 premiers jours sensation d'engourdissement dans les membres supérieurs, habituellement le malade ne garde le lit que 2-3 jours.

Entrée à l'hôpital de la Charité (service de M. Labadie-Lagrave) le 21 novembre 1904, elle est soignée sans ré-

sultats jusqu'au 20 décembre ; repos absolu, piqûres d'espirine, compressions, igipuncture et massages. Nouveau séjour dans le même service du 16-25 janvier 1905 : même traitement, salophène 0 gr. 10 par jour. Du 6-19 février application de la méthode de Kneipp : enveloppement chaud à la fleur de foin et douche froide consécutive.

Le genou droit indemne jusqu'en février, enfle à cette date, dans les mêmes conditions que le genou gauche et en même temps que lui. Pendant le mois de février, traitement par la liqueur de Laville. C'est alors que la malade vient nous consulter, le 17 mars 1905, au début, dit-elle, d'une crise.

C'est une femme de petite taille (1 m. 62 environ), au faciès atone, aux yeux éteints, Nous sommes frappés, dés le début de l'examen, par l'aspect bouffi du visage, bouffissure assez spéciale et nullement comparable à celle que l'on observe chez les brigthiques ; il s'agit plutôt d'une infiltration gelatiniforme. Il n'existe d'ailleurs aucun aspect d'œdème à la pression des régions tibiales et malléolaires. La région dorsale des mains est également épaissie, infiltrée, sans œdème vrai ; le long de la face interne des articulations métacarpo-phalangiennes des index, *veines volumineuses*, un peu douloureuses à la pression. Pas d'acrocyanose de cryesthésie.

Depuis le matin, il existe de la raideur des genoux qui rend pénible la marche et surtout la montée des escaliers.

Pas de douleurs proprement dites, ni spontanées, ni provoquées prr les mouvements imprimés aux articulations. Quelques craquements aux genoux. Les méplats des deux articulations sont un peu effacés, mais il n'existe

pas de choc rotulien. Engourdissement des doigts ; d'ailleurs le malade a presque constament les doigts engourdis. Rien dans les autres articulations. Légère tacchycardie émotive ; un peu d'arythmie constituée probablement par quelques extra-systoles que n'aperçoit pas la malade. Pas d'autres signes pathologiques de l'appareil cardio-vasculaire. Tension artérielle : 24. (Potain) Léger emphysème. Pas de pollakiurie nocturne. Les urines examinées extemporanément ne présentent ni sucre ni albumine. Reflexes rotuliens forts. Aucun signe objectif fourni par le système nerveux. Le mari de la malade insiste particulièrement sur les modifications du caractère, sur l'aphathie de la malade, l'inaptitude au travail à la direction de sa maison, ces renseignements sont confirmés par la malade elle-même. Migraines avec vomissements fréquents. Depuis quelques mois flux pituitaire séreux, plusieurs fois par jour. Aucun commémoratif, aucun stigmate de syphilis. Leucorrhée légère sans cuisson urinaire.

A deux reprises, à la fin de mars et le 6 avril, nous avons assisté à une manifestation périodique de l'hydarthrose et nous avons pu constater l'exactitude des renseignements fournis. En pleine période aiguë, l'épanchement intra-articulaire était considérable, le choc rotulien des plus nets, mais, même à ce moment, il existait très peu de douleurs. Pas de fièvre. Nous avons souhaité faire une ponction articulaire et examiner le liquide : la malade s'est toujours formellement opposée à cette intervention, fatiguée par l'insuccès de la thérapeutique locale.

Dès cette époque nous étions porté à mettre ces accidents sur le compte d'un trouble glandulaire, en raison

de leur allure si spéciale et de certaines manifestations concomittantes sur lesquelles nous reviendrons plus loin. Mais il nous a paru indispensable de soumettre auparavant la malade à un traitement classique régulièrement suivi, qui pût nous fournir une base d'appréciation pour une nouvelle thérapeutique.

Nous avons prescrit un traitement iodique (iodalose) alternant avec la médication alcaline (benzoate et bicarbonate de soude) des prises de solephène, à la dose journalière de 4 grammes, 2 jours avant la crise périodique.

Ce traitement a été suivi pendant 4 mois, avec une interruption intercalaire de 5 semaines, sans aucun résultat. En outre, dans les premiers jours du mois de mai 1905, cédant aux instances de la malade et de son entourage, nous l'avons envoyée à Aix-les-Bains.

Pendant toute la durée de la cure, les crises fluxionnaires périodiques se sont manifestées tous les 10 jours avec une régularité désespérante. Et il en a été de même jusqu'au mois d'octobre, époque à laquelle il nous a paru légitime de tenter une nouvelle épreuve thérapeutique.

A partir du 25 octobre jusqu'au 30 décembre 1905, elle est soumise au traitement thyroïdien de la façon suivante : pendant quelques jours, elle prend quotidiennement une pilule d'extrait thyroïdien correspondant à 0 gr. 35 de corps thyroïde, puis on donne deux pilules qui sont prises par séries de 10 jours environ, séparées par des interruptions de trois jours. Deux effets se manifestent très rapidement : les crises sont diminuées d'intensité et de durée et leur périodicité est rompue.

Depuis le mois de mars 1905, les crises avaient une durée de 5 jours et l'hydarthrose était considérable.

Le 30 octobre et le 1er novembre 1905, après 6 jours de

ce traitement, on constate une légère enflure des genoux qui dure 48 heures seulement.

Le 11 novembre, la crise périodique ne survient pas, ce qui ne s'était pas produit depuis huit mois ; le lendemain, migraine violente avec vomissements. Le 21 novembre, pas de crise articulaire, et c'est seulement le 26 que le seul genou droit présente un léger gonflement pendant deux jours. Le 5 et le 6 décembre, la crise articulaire se borne à un peu de raideur douloureuse sans enflure.

Du 29 décembre 1905 au 1er février 1906, suspension du traitement thyroïdien, remplacé par la iodolose. Le 3, le 14, le 21 janvier, crises plus violentes, les deux premières limitées au genou gauche, la troisième frappant les deux jointures, avec gonflement considérable. Durée de chaque crise, 5 à 6 jours. Le traitement thyroïdien est repris le 1er février 1906. 1 pilule par jour pendant 4 jours ; 2 pilules par jour pendant 4 jours, enfin trois pilules pendant 10 jours. Suspension du traitement pendant 4 jours. Cette série thérapeutique est maintenue jusqu'à la fin avril 1906. A partir de cette époque, 2 pilules par jour pendant 15 jours, on cesse le traitement pendant la quinzaine suivante.

Du 1er février au 30 mai, on note à des intervalles irréguliers de 10, 7, 19 jours, des crises légères avec gonflement modéré et ne dépassant pas 3 jours.

Du 4 juillet au 24 octobre 1907, plus de gonflement articulaire. De temps en temps un peu de raideur des genoux. Tout traitement thyroïdien est suspendu du 1er juillet au 15 octobre 1907. Le 24 octobre 1907, enflure légère du genou droit, d'une durée de 2 jours. A partir de cette époque jusqu'en juin 1908, on note 9 crises de gonfle-

ment articulaire. 8 au genou droit, une au genou gauche en huit mois. Du 15 octobre au 28 mars, reprise du traitement thyroïdien. Depuis le 28 mars 1908, le traitement thyroïdien est supprimé. Depuis le 8 juin jusqu'aux premiers jours de janvier 1910, il n'y a plus eu de manifestations articulaires.

Telles ont été les modifications du processus articulaire. Mais ce qu'il importe de noter, en parallèle, c'est la rapide et remarquable amélioration de l'état général et de certains phénomènes concomittants.

Dès le 24 novembre 1905, un mois après le commencement du traitement thyroïdien, la malade se sent mieux. L'apathie diminue, elle reprend goût à l'existence, dit-elle, et recommence à s'occuper des soins de son ménage. La cryesthésie a diminué.

En février 1906 les migraines disparaissent ; il ne s'en produira un nouvel accès que le 26 juillet. Plus de torpeur intellectuelle. La malade se remet à lire, ce qu'elle ne faisait plus depuis de longs mois. Elle se sent plus légère, moins empâtée. Diminution de la bouffissure de la face, les doigts moins boudinés. Il semble à la malade qu'elle ait encore plus diminué de volume que de poids. Menstruation régulière, d'une durée de 4 jours. Appétit excellent. Plus d'abattement. La malade a repris toutes ses occupations. Elle fait de longues promenades. Courbe de poids. Fin de 1902, 62 kilos ; fin de 1903, 77 kilos ; mars 1908, 68 kilos ; janvier 1910, 72 kilos. Les migraines ont reparu vers la fin 1906, mais beaucoup moins fréquentes et violentes. Le flux séreux de la muqueuse pituitère a disparu.

En 1907 les règles sont devenues douloureuses, accompagnées de céphalée. Capsules d'ocréine ; amélioration.

Vers le milieu de 1909 petite plaque de *lupus erythémateux* à la nuque.

A la fin de 1909 l'état général est des plus satisfaisant. Malgré sa prolongation considérable le traitement thyroïdien a été remarquablement supporté. Le pouls était ordinairement à 90, il montait parfois à 100 et 110, cette tacchycardie très relative disparaissait rapidement.

M. Riberre a bien voulu nous renseigner sur l'évolution ultérieure. La guérison s'était maintenue jusqu'en 1911. Depuis la malade s'est suicidée par le gaz d'éclairage. (Ayant perdu son mari elle était sur le point de tomber dans la misère.

OBSERVATION LVII (Gandy, 1910)

Mme T., 45 ans est sujette depuis de très longues années à des crises d'hydarthrose périodique des genoux.

C'est vers l'âge de 19 ans que se manifestèrent les premières poussées articulaires, sans causes déterminentes précises, à la suite d'un séjour en Angleterre, au cours duquel la malade fut atteinte d'une anémie assez accentuée avec aménorrhée. Dès le début, les accidents localisés à un seul genou et relativement bénins, prirent ce caractère de périodicité régulière qu'ils ont toujours conservé depuis Ils se répétèrent pendant une année, puis, sans raison apparente cessèrent pendant deux années, à 20 et 21 ans, époque du mariage de cette malade.

Après cette accalmie de deux ans, la plus longue qui se soit produite, les poussées articulaires reprennent avec la même périodicité. Elles durent depuis cette époque, mais assez souvent interrompues par de nouvelles

accalmies complètes, de durée très variable (3, 6, 8, 12 mois) et espacées très irrégulièrement.

La malade estime que sur les 26 années durant lesquelles s'est manifestée cette hydarthrose périodique, la série des accalmies représente au total près d'un tiers de toute cette durée. Les phases de troubles articulaires et d'accalmie, se succèdent d'ailleurs sans déterminescence saisissable.

Le plus souvent un seul genou est pris à la fois et dans toute la série de crises périodiques qui constituent l'une des phases, l'un des épisodes de cette longue histoire pathologique, c'est le même genou, tantôt le droit, tantôt le gauche, qui subit les poussées d'hydarthrose. Plus rarement les deux genoux ont été pris ensemble, par périodes relativement courtes (environ 2 ou 3 mois), par exemple vers 1898, vers 1905 et aux derniers mois de 1909.

Actuellement, c'est le genou droit qui est en cause. Aucune autre articulation n'a jamais été atteinte. La périodicité de la fluxiion articulaire est d'une régularité remarquable et bien connue de la malade, qui peut prévoir exactement quel jour elle sera immobilisée. Les mêmes phénomènes se reproduisent tous les 10 jours, les manifestations articulaires durant 3 jours, le temps de répit 7 jours ; la malade est habituée à compter que le genou sera repris, au cours de la semaine qui vient, le jour homonyme de celui où il a été libéré la précédente semaine. Les trois journées de fluxion articulaire correspondent chacune assez également à l'une des 3 phases du gonflement, d'état stationnaire et de résolution.

Le gonflement articulaire débute à une heure quelconque du jour ou de la nuit ; il s'annonce par une gêne des mouvements de flexion, puis se caractérise

par la tension progressive de la synoviale, tension qui, suivant les crises, est plus ou moins considérable, toujours assez douloureuse pour obliger la malade de rester au lit 24 heures au moment de l'acmé, 2 journées parfois dans les crises les plus violentes.

Il n'y a ni fièvre ni rougeur locale. Quand les deux genoux sont pris au cours d'une même crise, ils le sont d'une façon subintrante, l'un se tuméfiant quand l'autre désenfle, si bien qu'alors la durée des accidents articulaires est de 5-6 jours et le repos seulement de 4-5 jours. Dans l'intervalle des poussées d'hydarthrose, l'articulation du genou recouvre toute son intégrité.

Actuellement, en dehors des crises et malgré d'innombrables répétitions de celles-ci durant plus de 25 ans, les 2 genoux paraissent normaux ; la synoviale ne semble pas épaissie d'une façon appréciable ; il ne persiste aucune sensation douloureuse et les mouvementss sont tout à fait libres. Ces accidents articulaires évoluent chez une personne dont la santé est par ailleurs excellente.

Pleine d'activité, d'entrain, Mme T... ne se considère nullement comme malade et ne se plaint que de cette sorte d'infirmité qui, périodiquement, l'immobilise.

Elle n'a, en dehors de cet état anémique qu'elle présenta à 19 ans, jamais eu de maladie digne d'être notée, en particulier ni rhumatisme, ni syphilis, ni paludisme.

Elle fut réglée à 15 ans et les règles ont toujours été (sauf la période déjà signalée) et sont encore régulières comme durée et comme abondance. Elle a eu deux filles à 23 et 24 ans, et pendant ces deux grossesses il y eut accalmie complète des crises articulaires. Elle ne présente aucun symptôme, aucune lésion du côté des viscères. Le pouls est d'ordinaire en 68, la taille est moyenne, l'em-

bonpoint satisfaisant ; les téguments, le teint, les cheveux, sourcils, etc. n'offrent aucune particularité. Quelques légères varicosités des membres inférieurs et une pièce de prothèse remplaçant quelques dents disparues, datent de l'époque de ses grossesses.

La voix est un peu voilée en raison d'une ancienne laryngite granuleuse. La thyroïde n'est pas perceptible, et il n'y a jamais eu d'hypertrophie thyroïdienne.

Les modes de traitement général ou local les plus diverses : application d'iode, de pointes de feu, de vésicatoires, de pommades variées, d'emplâtres, siphonage, air chaud, compresses d'eau chaude, électricité, etc., ont été suivant les périodes, employés tour à tour, sans qu'on puisse leur attribuer la cessation des crises contre lesquelles la plupart restaient sans effet. Bien que n'ayant pas trouvé chez cette malade les indices habituels de trouble thyroïdien, je l'ai néanmoins, à titre d'essai, soumise depuis le début de novembre dernier au traitement par la poudre de thyroïde à doses modérées (actuellement 10 centigrammes). Depuis un mois, le genou gauche est resté indemne et les crises à droite sont moins douloureuses. Mais semblables améliorations sont déjà survenues spontanément.

Le 25 janvier 1912, M. Ganby nous écrit que le traitement thyroïdien n'a pas amené d'amélioration vraiment appréciable. De nouvelles crises périodiques ont continué comme auparavant. Même insuccès jusqu'ici, du traitement par la poudre d'ovaire, qui n'a peut-être pas été prise régulièrement.

OBSERVATION LVIII (Caussade-Lèven)

Ce malade était un homme de 54 ans qui, à plusieurs reprises avait eu pendant plusieurs mois une hydarthrose non douloureuse du genou gauche, reparaissant tous les 12 jours avec une régularité remarquable. Cet homme était obèse, avait un eczéma à poussées annuelles depuis l'âge de 18 ans. Il avait une pression artérielle de 25 cm. sphygmomanomètre de Potain. Il ne présentait aucun signe de disthyroïdie ou d'insuffisance thyroïdienne. M. Lèven l'a traité selon la méthode qu'il applique aux cas appelés par lui « rhumatisme d'origine digestive » c'est-à-dire par le repos, les applications chaudes sur l'articulation malade, le régime lacté d'abord, le régime végétarien ensuite, sans aucun médicament. Cette thérapeutique réduisit de 20 kilogrammes le poids du malade ramena la pression artérielle à 20, fit disparaître l'hydarthrose et l'eczéma en moins de 3 mois. Il y a deux ans que le malade est guéri sans récidives articulaire et cutanée.

CONCLUSION

L'hydarthrose intermittente périodique est une maladie caractérisée par des hydarthroses multiples prédominant aux genoux, se développant de façon cyclique par périodes de durée et d'intervalles fixées et s'accompagnant de réactions générales et locales extrêmement atténuées.

II. Les caractères fondamentaux de cette affection sont :

A) L'intermittence qui est absolue au moins dans les premiers temps de l'affection car, ultérieurement, dans l'intervalle des crises l'articulation malade ne revient plus complètement à la normale.

B) La périodicité qui existe soit pour la crise soit pour l'intercrise. La crise en effet, présente trois stades : stade d'augment, stade d'état, stade de retrait suivi d'un intervalle de santé parfaite. La durée qui sépare les crises est d'une fixité remarquable.

c) L'indolence relative, le malade peut souvent encore marcher avec l'aide d'une canne ou de béquilles. Par là l'hydarthrose intermittente périodique ressemble à une arthropathie tabétique.

d) La prédominence aux genoux si bien que pendant toute l'évolution ces articulations sont atteintes au maximum et que lorsque dans les phases avancées de la maladie d'autres articulations se prennent, les genoux restent le siège des lésions les plus importantes.

III. Au point de vue de l'étiologie c'est une affection du jeune âge, survenant très souvent chez des sujets porteurs de lésions tuberculeuses atténuées, et présentant quelquefois des troubles tyroïdiens.

IV. L'évolution de cette affection est essentiellement chronique et entrecoupée de rémissions spontanée. La grossesse a une influence incontestable : presque toujours les accès articulaires manquent pendant toute la durée de la gestation.

V. Les lésions anatomiques sont celles du rhumatisme chronique déformant.

VI. Nous pensons que l'hydarthrose intermittente périodique est d'origine tuberculeuse, et qu'il s'agit là de phénomènes anaphylactiques. Le malade que nous avons observé est tuberculeux, il présente des réactions articulaires net-

tes après chaque injection de I. K. de Spengler, ce qui prouve la sensibilisation de l'articulation par une atteinte antérieure de bacillose larvée ou non.

D'autre part, le dépouillement des observations montre, que dans un grand nombre de cas, il existe des tares tuberculeuses ou scrofuleuses chez les sujets atteints d'hydarthrose intermittente périodique. Enfin, l'allure clinique et l'évolution de cette maladie ressemblent, dans une certaine mesure, à certaines arthropathies bacillaires toxique et seule l'hypothèse de réactions anaphylactiques sériées peut, dans l'état actuel de la science, rendre compte du phénomène si curieux de la périodicité régulière.

Vu : *Le Président de thèse*,
DEBOVE.

Vu : *Le Doyen*,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

MOORE. — Periodie inflammation of the knu joints. Lancet, 30 avril 1864.

— Two cases of period. Med. chir. trans. 1867.

CANONNE. — Thèse de Paris, 1867.

LOENWENTHAL. — Berl. Klin. Wochenschrift. 1871.

BRUNS. — Hydrop. genn. intermittens. Berl. klin. Woch. 1872.

GRANDIDIER. — Uber hydrop. genn intermittens. Berliner kl. w. 1872.

ROSER. — Centralblatt für Chirurgie, 1874.

BYLICKI. — — — — 1874.

JOUSSET. — Art médical, 1877.

SCHMIDT. — Vortroge der med. Gesellschaft. Leipzig 1877.

REJOU. — Thèse de Paris, 1877.

Le Dentu. — In Thèse de Rejou et Soc. de Chirurgie, 1878.

Panas. — Soc. de Chirurgie, 1878.

Seligmüller. — Hydrop. artic. intermiţtens. Deutsche Woch. 1880.

Pletzer. — Hydrop. artic. intermittens. Deutsche med. Woch. 1880.

Fiedler. — Zur casuistique der typ. Gelenkschwellung. D. med. w. 1881.

Kolle. — Ein Fall von intermitt. Gelenx. w. Deut. med. w. 1881.

Vogt. — Deutsche Chirurgie, 1881. Liep. 64.

Goix. — Journ. des sc. méd. de Lille, 1886.

Pierson. — Zentralblatt für nerwenheilkunde, 1886.

Rosenbach. — Zentralblatt für nerwenheilkunde, 1886.

Nicolaysen. — Centralblatt für Chirurgie, 1887.

Eschricht. — In angural dissertation. Kiel. 1888.

Friedenberg. — Med. Record, 1888, p. 657.

Barnes. — Reference handbosk of med. sc. 1895, IX.

V. Brinken. — Berlin. cl. Woch. 1889, p. 714.

Koster. — Deutsche Zütschr. fur nervenheilkunde, 1892, IV.

Schuchard. — Gelenk wasservuncht. lëna 1892.

Colonna. — Gaz méd. Torius. 1894.

Kennedy. — Journ. of. Amér. méd. Assoc. 1894.

GRUBE. — Munch. méd. Woch. 1894. p. 824.

CHAUVET. — Lyon médical. 1895.

LE MÊME. — Thèse de Paris. 1896.

SENATOR. — Arch. fur. Nervenheik. 1896.

BLANC. — Lyon méd. 1897.

WEISS. — Berliner klinik. 1898.

BUM. — Munch. med. Wochenchr. 1899.

SCHLESINGER. — Munch. méd. Wochens. 1899.

BENDA. — Allg. Centr. méd. Zeitung. 1900.

BRACKET AND COTTON. — Boston méd. and. Surg. Journ. 1901.

LINBERGER. — Beitrage zur klin. Chirur. 1901.

MARSH. — Lancet 4 juin 1904, 22 avril 1905.

BARKER. — Journ. méd. Assoc. 1907.

KAMP. — D. méd. Wochensch. 1902, N° 12.

HEALY. — Sur. Gyn and. Obstet. 1908.

SCHULLER. — Uber die Entstehung der Gelenkentzündunzen.

RIBIEREE. — Soc. méd. des hôp. 1910.

GANDY. — Soc. méd. des hôp. 1910.

CAUSSADE-LEVEN. — Soc. méd. des hôp. 1910.

TEISSIER-CHIRAY. — Soc. méd. des hôp. 1910.

MARQUET. — Thèse de Paris 1910-1911.

IMPRIMERIE SPÉCIALE
de la Librairie OLLIER-HENRY
26 — *Rue Monsieur-le-Prince* — 26
PARIS (VI^e^)